| | | |
|---|---|---|
| 1. La Pelade. | Clemenceau de la Loquerie | × |
| 2. Anatomie des Lichen planus | Töröck. | × |
| 3. Urethrometer von Otis. | Broes van Dort | × |
| 4. Eczema tuberculosum | " | |
| 5. Gonococceninfection b. e. 2jähr. Mädchen | " | × |
| 6. Aus der Klinik v. Dr. Unna | von Hoorn | × |
| 7. Grätzer, Medicin. Uebungsbücher (Beurtheilung) | Broes v. Dort | o |
| 8. Blaschko, Verbreitung d. Syph. in Berlin (Beurth.) | " | o |
| 9. Topographie des elast. Gewebes | Zenthoefer | × |
| 10. Moderne Beh. der Hautkrankheiten | Hebra. | × |

# LA PELADE

PAR

LE D[R] CLEMENCEAU DE LA LOQUERIE

Étude récompensée par l'Académie de Médecine

(CONCOURS DE 1890)



NANTES
Librairie Th. VELOPPÉ
1, Rue J.-J. Rousseau, 1

PARIS
Librairie J.-B. BAILLÈRE & FILS
19, Rue Hautefeuille, 19

1891

# LA PELADE

PAR

LE Dr CLÉMENCEAU DE LA LOQUERIE



Étude récompensée par l'Académie de Médecine

(CONCOURS DE 1890)



NANTES
Librairie Th. VELOPPÉ
*1, Rue J.-J. Rousseau, 1*

PARIS
Librairie J.-B. BAILLÈRE & FILS
*19, Rue Hautefeuille, 19*

1891

# LA PELADE

*Pelade,* en vieux langage français, était le nom vulgaire de l'Alopécie. « C'est, dit Guillemeau (1), quand le poil de » la teste change sa couleur en blancheur, et qu'enfin il » tombe, laissant des places vides en icelle. » Le mot, du reste, était surtout pris en mauvaise part et employé, non-seulement par les anciens syphiligraphes (2), mais encore dans le public, comme étant en relation plus ou moins directe avec la vérole. C'est ainsi que Montaigne (3) montre la Pelade comme le châtiment réservé à la paillardise.

## I

Depuis Bazin (1857), on désigne en France, sous ce nom, une affection cutanée caractérisée par une chute temporaire ou définitive des poils, formant des plaques d'alopécie à bords limités, avec ou sans achrômie des parties glabres.

Cette affection siège le plus souvent au cuir chevelu et débute alors presque toujours par la nuque ou la région

(1) *Œuvres de Chirurgie.* Rouen, 1649, p. 180.

(2) A la fin encore du XVIII[e] siècle, Louis, dans sa traduction des œuvres d'Astruc (1777, IV, p. 6), appelle ainsi l'Alopécie syphilitique *généralisée.*

(3) *Dict. de la Langue française,* par Littré (Pelade). On n'a guère le droit de s'étonner de la définition que donne de ce mot l'illustre auteur du dictionnaire, si exact d'habitude, quand on voit la même erreur se perpétuer à travers les éditions et les transformations du vieux *Nysten* jusqu'en 1886.

retro-auriculaire. Elle peut se montrer cependant d'abord à la barbe, où elle affecte d'une façon presque constante un caractère nettement symétrique.

M. Lailler (1) distingue dans la marche de la maladie deux périodes :

La première, ou de *germination*, se manifeste par une modification dans l'aspect des cheveux, qui deviennent secs et ternes, et tombent, soit spontanément, soit sous la plus légère traction. Cette chute des poils, qui s'effectue d'habitude graduellement, a lieu parfois d'une façon presque subite (forme décalvante), en quelques jours, en une nuit même, comme l'a observé M. Ollivier (2) chez un enfant, le lendemain même d'une frayeur éprouvée dans un voyage de nuit.

La peau se couvre en même temps d'un léger enduit cotonneux plus ou moins abondant, sans aller jamais à une desquamation véritable. Pour M. Hardy (3), ce duvet, qui du reste peut manquer et manque souvent, le plus souvent même, n'apparaîtrait que plus tardivement. On a noté, outre ces premiers symptômes, des troubles de la sensibilité, tels que prurit, anesthésies, hyperesthésies, névralgies, etc., sur lesquels a insisté particulièrement M. Leloir, dans sa communication à l'Académie de Médecine, du 26 juin 1888 (4). Ces divers phénomènes subjectifs sont au surplus très variables suivant les sujets, et font quelquefois absolument défaut. Sur vingt-cinq cas, par exemple, observés par M. Courrèges (5), le prurit ne se serait montré que cinq fois.

La deuxième période, ou *d'état*, de beaucoup la plus

(1) *Leçons cliniques sur les Teignes*, 1878, p. 75.

(2) *Semaine Médicale*, Février 1887.

(3) *Traité des maladies de la peau*, 1886, p. 109.

(4) *Bulletin Médical*, 1888, n° 51.

(5) *Th. de Paris*, 1874, p. 10.

longue, est constituée par des plaques glabres bien circonscrites d'habitude, de forme arrondie, surtout au début. La peau lisse et luisante, soit d'emblée, soit après quelques générations de cheveux avortés, peut conserver sa coloration normale, mais il est des cas où elle prend plus ou moins rapidement un aspect décoloré et comme dépigmenté (forme achrômateuse). Légèrement œdématisée au début, ou plutôt *empâtée*, l'application du doigt, suivant la remarque de Bazin (1), ne déterminant pas de dépression, elle tend à la longue à s'atrophier et à se déprimer, ce qui est visible surtout lorsque on pratique la rasure des parties voisines. Quelles que soient la forme et la marche de la maladie, il n'existe jamais ni hyperémie véritable, ni cicatrices de la peau.

Ces plaques demeurent parfois stationnaires pendant un long espace de temps; ordinairement, elles grandissent par une sorte d'extension centrifuge, et finissent par se réunir pour former des placards à bords irréguliers.

Tel est l'aspect habituel de l'Alopécie péladique, mais il peut arriver que la surface cutanée reste parsemée de cheveux cassés presque au ras de leur point d'émergence et se présentant sous forme d'un piqueté noirâtre. Bazin rattachait ces cas à la teigne tondante, MM. Lailler et Besnier, au contraire en font des variétés de Pelade, qu'ils nomment, le premier, *Pseudo-tondante*, et le second, *Pelade à cheveux fragiles* (2).

(1) *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1862, p. 216.

(2) Peut-être conviendrait-il, d'après des recherches récentes, de séparer nettement ces pseudo-tondantes de la Pelade véritable, et d'en faire une affection absolument distincte sous tous les rapports, pour laquelle E. Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, propose le nom de *Folliculite tonsurante du cuir chevelu*. (*Gazette hebdom. de Médecine*, 17 Mai 1890, p. 234. Voir aussi sur cette question l'article de MM. Vaillard et Vincent, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, Juillet 1890, p. 446.

La maladie reste le plus souvent confinée, soit au cuir chevelu, soit à la barbe, mais elle continue parfois sa marche envahissante, et gagne les sourcils, les poils des aisselles et du pubis, et la surface entière du corps, comme dans le cas du malade, présenté, il y a deux ans, à la réunion hebdomadaire de Saint-Louis, par M. Vidal (1). M. Arnozan (de Bordeaux) (2), a même vu la maladie s'attaquer aux ongles, qui tombaient successivement et d'une façon symétrique. Il est également curieux de noter que ces pelades généralisées guérissent aussi bien, et plus vite parfois que d'autres infiniment plus localisées.

A ces deux périodes, on pourra ajouter une troisième, celle de la *terminaison*.

Or, il peut se présenter deux éventualités :

1° Ou les plaques alopéciques persistent sans modification aucune, ce qui s'observe surtout à la barbe (3), et il en résulte alors une alopécie incurable. M. Vidal (4) déclare à ce sujet qu'au bout de deux ans le pronostic est à peu près désespéré.

2° Ou l'affection guérit, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié. Alors la peau tend à reprendre sa coloration, si elle l'a perdue, et on voit reparaître d'abord sur les plaques les plus anciennes, et en commençant en général par le centre, des poils minces et fins, qui grossissent peu à peu, mais qui d'autres fois restent moins foncés que leurs voisins, et même absolument blancs. La guérison du reste peut être, ou définitive, ou suivie de récidives à

(1) *An. de derm.* 1889, p. 575.

(2) *Journal de Médecine de Bordeaux,* 22 Juillet 1888.

(3) Lailler, *Loc. cit.* p. 72.

(4) *France Médicale,* Mai 1883, p. 737. M. Quinquaud aurait vu pourtant les cheveux repousser après cinq ans. (*Gazette des Hôpitaux*, Octobre 1890, p. 1074).

échéance plus ou moins éloignée, après plusieurs années parfois, comme nous l'avons observé une fois.

On le voit, la Pelade, au point de vue clinique, est une affection nettement déterminée, et, sauf certaines nuances de détails (1), toujours identique à elle-même, sa symptomatologie pouvant presque se résumer en deux mots : chute des poils sur des points circonscrits, alopécie en aires, comme on l'appelle hors de France.

## II

Pourquoi les poils tombent-ils ainsi, et par quel mécanisme ? Telle est la question que nous avons maintenant à examiner. Sur ce point, on peut le dire, les auteurs aujourd'hui sont à peu près unanimes. Les altérations que l'examen histologique démontre exister dans le poil péladique sont de nature atrophique.

La tige amincie et décolorée présente une suite de dépressions et de renflements (aspect en roseau), causés par une dissociation des fibres longitudinales (2). L'extrémité libre peut se terminer en *massue* ou en *bouton*, quand le poil est cassé au niveau d'un de ces renflements (3), ou en *pinceau* dans le cas contraire. D'après M. Besnier (4), cette dernière

(1) La question de la pseudo-tondante réservée.

(2) Cette série de dépressions et de renflements serait parfois assez marquée pour simuler des cas de la curieuse affection désignée sous le nom de *trichorrexis nodosa* ou *d'aplasie moniliforme*. (V. analyse d'un travail de Schutz, *an. de derm.* 1890, p. 346 ; *Bulletin médical* 1890, p. 501 : Clinique de M. Hallopeau, et *Bulletin de la Société de derm.*, séance du 12 Avril 1890, p. 82.)

(3) Lailler, *Loc. cit.* p. 84 et 85.

(4) *Rapport à l'Académie de Médecine*, 1888, p. 15.

disposition serait la plus générale. Il est vrai, d'autre part, qu'elle peut exister, même à l'état physiologique (1).

La racine, qui s'arrache presque toujours *sans* sa gaîne (2), est atrophiée et déformée (formes en *crosse*, *racine de colza*, etc.), mais les caractères les plus importants existent au canal médullaire qui présente deux phénomènes principaux (3) : 1° la disparition plus ou moins complète de la moëlle, qui se fragmente sous forme d'un pointillé brun granulé, altération presque constante et se montrant dès le début même de l'affection ; 2° l'infiltration de bulles d'air. Behrend (4) insiste d'une manière particulière sur cette infiltration d'air qui existerait, non seulement dans la tige (fait connu depuis longtemps), mais jusque dans la racine, ce qui n'arriverait jamais à l'état normal. La présence de cet air, suite de l'évaporation rapide du liquide intercellulaire, aurait pour résultat d'amener le desséchement des cellules en voie de kératinisation, et telle serait même la cause des formes variées que présente cette racine, celle-ci ne s'atrophiant parfois qu'en partie, dans le cas où la pénétration de l'air n'a eu lieu que partiellement.

Sans entrer dans la discussion de l'explication ingénieuse donnée par le *privat-docent* de Berlin, nous devons faire remarquer que, d'une part, la présence de l'air dans

(1) *Micrographie* de Beauregard et Galippe, p. 821.

(2) MM. Besnier et Doyon (*Notes de Kaposi*, I, p. 168) et Chambard (*Dict. encyclop.* Pelade, p. 286), en s'appuyant sur l'autorité de M. Lailler. Le passage des leçons de ce dernier se rapportant à ce sujet porte pourtant *dans sa gaine*, mais il y a là une erreur typographique. Il est peut-être plus intéressant de noter que le poil s'arrache en réalité souvent avec sa gaine, au début, du moins, de la maladie.

(3) Recherches de M. Juhel-Renoy, citées par M. Besnier. Rapport, etc., p. 16.

(4) *An. de derm.* 1888, p. 470.

la racine n'est point absolument exclusive à l'Alopécie en aires (1), et que, d'autre part, la disposition *en crosse* se retrouve également, quoique à un degré moindre, dans le Favus. Nous croyons plutôt avec M. Darier (2) que cette disposition provient simplement du défaut de résistance de la base du poil par suite de son imparfaite kératinisation, celle-ci se colorant en effet plus facilement et plus complètement par le carmin qu'à l'état normal.

Les phénomènes de nature atrophique que nous venons de rappeler, se rencontrent du reste non-seulement dans le poil péladique, mais encore dans les follicules, dont les gaînes épithéliales sont « festonnées et plissées comme des bourses vides », et même parfois dans les glandes sébacées, dont les cellules ont subi une sorte de transformation cornée (3), et ne secrètent plus de substance huileuse, d'où cette sécheresse particulière du cheveu qui précède l'Alopécie.

Il faut ajouter en terminant que le microscope constate dans les régions atteintes la présence plus ou moins abondante de spores cryptogamiques. « Il y en a plutôt trop que trop peu, » dit à ce sujet M. Chambard (4), non sans une nuance de mélancolie. Nous verrons, tout à l'heure, le rôle qui leur a été attribué ou dénié tour à tour au point de vue pathogénique. Pour le moment, nous nous contentons de conclure avec M. Besnier que tous les caractères énumérés plus haut paraissent être de même nature : vitaux, nécrobiotiques.

(1) Voir la discussion soutenue par Lewin à la Société de Médecine de la Charité de Berlin. *An. de derm.* 1889, p. 472.

(2) *An. de derm.* 1889, p. 199.

(3) Vidal, *France Médicale,* 24 Mai 1883, p. 719.

(4) *Loc. cit.*, p. 290.

III

« L'affection se montre en égale proportion chez des sujets » jeunes ou d'âge mûr, de l'un ou de l'autre sexe, » (Kaposi) (1). Telle semble être aussi l'opinion de Durhing (2). Du très intéressant tableau de statistique relevé à Vienne depuis 1873 à 1887, par Auspitz et H. Hebra, et communiqué à M. Besnier (3), tableau portant sur 35,455 cas de maladies cutanées, il résulte pourtant que sur 136 cas de Pelade, elle a été observée 95 fois chez l'homme et 41 fois seulement chez la femme (4). Quant à l'influence de l'âge, MM. Besnier et Doyon, dans leurs notes de Kaposi, la déclarent certainement beaucoup plus fréquente chez les jeunes sujets des deux sexes que chez les adultes.

C'est ainsi que sur 614 cas inscrits au traitement externe de Saint-Louis, de 1869 à 1885, on a compté 370 sujets au-dessous de 15 ans (5). Encore convient-il d'ajouter qu'un nombre presque égal de jeunes peladiques (363 pendant la même période), ont été soignés aux consultations des hôpitaux d'enfants. MM. Despine et Picot (6) précisent même davantage et indiquent la deuxième enfance, de 6 à 12 ans, comme étant l'époque où elle s'observerait le plus souvent. Nous noterons seulement que c'est là justement l'âge de la fréquentation des écoles.

(1) II, p. 169.

(2) Trad. de MM. Barthélémy et Colson, 1883, p. 532.

(3) *Loc. cit.*, p. 26.

(4) La même proportion se retrouve à peu près dans la statistique de Dunkan Bulkley (de New-York) : 78 hommes et 41 femmes sur 119 cas. D'après le même cette proportion se renverserait chez les sujets de moins de 20 ans (13 filles sur 23 cas). Voir *An. de derm.* 1890, p. 165.

(5) H. Feulard, *Teignes et Teigneux,* 1886, p. 173.

(6) *Maladies de l'enfance,* 1877, p. 577.

Pour ce qui regarde la distribution géographique de la Pelade en Europe, M. Besnier insiste sur ce fait qu'elle varie dans des proportions notables, de 0,50 % des maladies cutanées (Hambourg, Lyon, etc.) à 3 % (Lille, Paris, etc.) Il serait particulièrement intéressant de savoir son degré de fréquence dans les diverses régions de la France. Nous regrettons de n'avoir pu trouver de documents précis sur ce point. D'une façon générale, pourtant, nous la croyons plus rare à la campagne (dans l'Ouest, du moins), qu'en ville. Les tableaux très complets, reproduits par M. Feulard dans son important travail (1), donnent bien par département et par année le chiffre des exemptions militaires pour calvitie et alopécie, de 1873 à 1885, mais il est probable que le plus grand nombre des cas se trouve être la suite de Favus invétérés, et ce qui semble nettement l'indiquer est que ce sont précisément les mêmes départements, qui fournissent à la fois le plus d'exemptions pour *teignes* et pour *alopécies*.

En les classant, en effet, par ordre du nombre des exemptions, on trouve que le Pas-de-Calais occupe le nº 1 pour les teignes, et le nº 2 pour les alopécies, et ainsi de suite, comme le montre le tableau suivant :

| | Teignes | Alopécies |
|---|---|---|
| Pas-de-Calais | 1 | 2 |
| Côtes-du-Nord | 2 | 3 |
| Seine-Inférieure | 4 | 1 |
| Finistère | 6 | 4 |
| Et à la fin du tableau : | | |
| Aube | 73 | 74 |
| Charente | 74 | 76 |
| Doubs | 78 | 87 |
| Rhône | 80 | 78 |
| Haute-Saône | 86 | 87 |

(1) *Loc. cit.*, p. 192 et suivantes.

Malgré la cause d'erreur que nous venons d'indiquer, l'examen des exemptions militaires, pour cause d'affections du cuir chevelu, ne laisse pas que d'être susceptible de fournir d'utiles indications sur la marche de notre maladie en France pendant la période étudiée. En effet, le nombre des exemptions pour cause de calvitie étant de 3,671 pendant cette période, ce qui donnerait un chiffre annuel de 282 exemptions, la moyenne des sept premières années n'est en réalité que de 257, tandis qu'elle s'élève à 309 pour les six dernières. Or, comme le Favus diminue peu à peu en France, fait constaté depuis longtemps (1), le nombre des alopécies Faviques (la tondante guérissant pour ainsi dire d'une façon constante) suit évidemment la même marche descendante que le Favus lui-même, à quelques années près, bien entendu. Il en résulte donc que la proportion des Pelades, comprises dans le nombre annuel des alopécies constatées, doit nécessairement augmenter en raison inverse de la diminution des alopécies Faviques, d'où cette conséquence forcée que l'augmentation de fréquence de cette maladie est au fond plus accentuée même que ne semblent l'indiquer les chiffres rapportés ci-dessus.

## IV

Le diagnostic de la Pelade. facile d'ordinaire, ne laisse pas que d'offrir parfois certaines difficultés, non pas, il est vrai, par rapport aux teignes proprement dites. Même pour la pseudo-tondante, seule variété pouvant prêter à la confusion, les cheveux qui se trouvent à la surface des plaques diffèrent du poil tricophytique, en ce qu'ils ne sont pas

(1) Voir notamment le travail de M. Bergeron sur la *géographie et la prophylaxie des teignes,* 1865, et les tableaux de M. Feulard. *Loc. cit.*

engaînés, n'offrent pas l'aspect *en boudin*, et viennent sous la pince sans casser entre les mors, l'examen microscopique pouvant toujours au reste lever les doutes, s'il en existait.

La question peut devenir plus délicate lorsqu'il s'agit d'autres alopécies, et, parmi elles, de celle qui se montre aux premières périodes de la syphilis. « Celle-ci, a-t-on dit, » ne dénude pas, elle éclaircit. » Cela n'est exact que d'une façon générale, la chevelure de la dame aux 17 cheveux de M. Fournier, par exemple, nous semblant avoir été certes plus qu'éclaircie. M. Chambard (1) cite également un cas observé à l'Antiquaille, d'alopécie syphilitique à marche rapide et généralisée, ressemblant tellement à la Pelade qu'il ne verrait aucun inconvénient, dit-il, à la regarder comme une Pelade syphilitique. Il est vrai que des types aussi intenses ne se comprennent guère sans d'autres manifestations concomitantes de nature à éclairer le diagnostic, mais, même dans les cas où elle opère moins en grand, la syphilis peut avoir aussi son alopécie partielle, « qui dénude le crâne *par îlots* ». C'est la *syphilide pityriasiforme*, consistant en des rougeurs éparses « *assez » pâles de ton pour échapper à l'examen le plus souvent,* » et recouvertes d'une desquamation très fine, à peine » appréciable pour l'observateur non prévenu (2). » Bien qu'ici l'existence d'une lésion locale sépare nettement cette alopécie de la Pelade, encore convient-il d'avoir présente à l'esprit la possibilité d'une telle confusion. D'après M. Darier, du reste, les cheveux de l'Alopécie syphilitique diffèrent histologiquement de ceux de l'alopécie peladique, en ce que, pour la grande majorité, ils tombent presque à l'état physiologique : il n'y aurait donc là qu'une sorte de mue. « Autour » d'une plaque peladique, dit M. Darier, on trouve encore

(1) *Loc. cit.*, p. 295.

(2) A. Fournier, *Leçons sur la syphilis*, 1873, p. 453 et 454.

» beaucoup de cheveux à bulbe plein normaux, mais le
» nombre de ceux qui sont atrophiés est bien plus considé-
» rable que dans l'alopécie syphilitique. A côté de la
» différence de nombre, il y a une différence de degré et
» d'étendue de l'atrophie. » (1)

Quant aux alopécies plus ou moins marquées se montrant souvent dans la convalescence des maladies graves, après la fièvre typhoïde notamment, nous croyons qu'il est bien difficile de les confondre avec la Pelade, étant donné surtout que les renseignements, contrairement à ce qui peut se passer pour la vérole, ne manquent guère d'être fournis au médecin par le malade lui-même.

Les alopécies localisées, suite de traumatismes, de vieux favus ou de manifestations lupiques, présentent des traces cicatricielles qui empêchent toute confusion, mais nous croyons devoir insister, et pour cause, sur les calvities partielles pouvant succéder chez l'enfant à des impétigos rebelles guéris. Le cas peut être ici d'autant plus délicat que parfois ce n'est que par hasard et lors de la coupe des cheveux que ces plaques sont découvertes. Quand de plus, comme cela nous est arrivé, l'existence antérieure des *gourmes* n'est pas connue de ceux qui amènent l'enfant, que le siège de l'alopécie se trouve derrière l'oreille, le problème se complique encore, et en dehors, bien entendu, des renseignements fournis par le microscope (encore ceux-ci peuvent-ils être bien frustes dans certains cas de Pelade débutante), nous ne voyons guère pour éclairer la situation que la fixité de la dimension des plaques (Lailler), excellent signe, il est vrai, mais bien tardif dans quelques occasions, où il peut y avoir utilité pour l'enfant, et pour le médecin, à formuler un diagnostic à bref délai.

La même remarque pourrait être faite à propos de trau-

(1) *An. de derm.* 1889, p. 198.

matismes ayant amené la chute des cheveux sur un espace circonscrit et sans apparence de tissu cicatriciel. C'est ainsi que Behrend a vu chez un enfant une plaque complètement dépourvue de cheveux, blanche et lisse, de la grandeur d'une pièce de un franc, et tout à fait analogue, dit-il, à de l'alopécie en aires. Cette plaque située à l'occiput s'était produite sur un hématôme survenu à la suite d'une chûte (1). Nous considérons comme une rareté le fait d'un traumatisme assez violent pour amener une semblable chûte de cheveux sans production de cicatrice. Du reste, ici se poserait la question de savoir s'il y a lieu de faire un diagnostic différentiel.

Nous ne citerons également que pour mémoire certains cas d'alopécie bizarres, dûs par exemple au contact habituel de corps durs (garçon épicier, de M. Lailler) (2), où à l'enlèvement des cheveux par grattage (*trichomanie* de M. Besnier) (3).

Le diagnostic serait alors simplifié par les traces d'irritation cutanée, suite du frottement du corps dur dans le premier cas, et des grattages opérés dans le deuxième, et en dernier recours par les renseignements des intéressés.

(1) *An. de derm.* 1889, p. 469.

(2) *Loc. cit.*, p. 51.

(3) *An. de derm.* 1889, p. 410. Au point de vue spécial qui nous occupe, cette dernière forme d'alopécie pourrait se scinder suivant que les cheveux sont *cassés* par grattage (ce qui simulerait alors surtout la *pseudo-tondante*), ou *arrachés* complètement, ce serait alors véritablement la *trichotillomanie* de M. Hallopeau. Nous avons vu, il y a quelques mois, un beau cas de cette dernière forme chez un garçon de 9 ans qui avait fini par déterminer une plaque absolument glabre à la tempe droite.

## V

Nous voici arrivé à la partie de beaucoup la p us délicate de notre tâche.

Quelle est l'étiologie de la Pelade et quelle est sa place dans l'ordre nosologique ?

Ici, les opinions ont tellement varié, les systèmes les plus différents se sont jusqu'à aujourd'hui si souvent remplacés les uns les autres, que le meilleur moyen de s'y reconnaître quelque peu semble être d'adopter l'ordre chronologique.

Nous devons donc, au risque de paraître avoir la prétention de faire un historique complet de la question, rechercher à quelle époque, et par qui elle a été pour la première fois observée et décrite.

Celse a-t-il connu la Pelade ? On l'a dit, et le nom d'*area Celsi* est même encore un des synonymes employés à l'étranger pour la désigner. Hébra et Kaposi pourtant se sont élevés contre cette appellation, et ce dernier (1) déclare qu'elle est probablement restée inconnue du médecin Romain, et que dès lors ce terme n'est pas justifié. Il est certain, ainsi que le dit M. Besnier (2), que le terme d'*alopecia areata* ne se trouve pas en ses œuvres, le mot *area*, qu'il n'emploie du reste qu'au pluriel, signifiant simplement « espace vide » et ici « calvitie limitée ». Pourtant, quand il dit (3) que l'espèce, dite ophiase (qu'il oppose à l'alopécie qui, elle, n'aurait pas de mode particulier d'extension) *commence à la région occipitale*, qu'elle n'excède pas la largeur de deux doigts, et *envoie deux prolongements qui rampent jusqu'aux oreilles*, il nous semble que cette

(1) Trad. de MM. Besnier et Doyon, II, p. 163.

(2) *Loc. cit.*, p. 6 (note).

(3) Traduction Nisard, Paris 1846, p. 170.

calvitie partielle, qui siège entre l'occiput et l'oreille, ressemble d'assez près à une plaque de Pelade, pour qu'on puisse supposer que cette affection se trouve au moins avoir été comprise dans celles que Celse a voulu décrire.

Quoi qu'il en soit, pour trouver des renseignements plus précis, il faut franchir une longue suite de siècles. Laissant de côté Jonston (1660) qui, d'après M. Besnier, aurait eu le premier le mérite d'employer le terme d'*area* (1), ce n'est qu'à la fin du XVIII^e, que Sauvages (2) a donné sous le nom d'*alopecia areata* ou *area Jonston* une description bien confuse encore de la Pelade, qu'il place dans la classe de ses *cachexies anormales*. « C'est celle, dit-il, dans laquelle les » cheveux tombent par bandes... Elle se manifeste sous » toutes sortes de figures... Elle affecte la barbe et les che- » veux et vient à tout âge » et il ajoute qu'elle est difficile à guérir quand la peau est épaisse, grasse et entièrement lisse. Malheureusement il conserve à côté l'ophiase énigmatique de Celse, ce qui permettrait de croire que, s'il décrit à peu près exactement la Pelade, il ne l'a pas absolument distinguée des autres alopécies.

Bateman (3), au contraire, en donne une description qui, à ne prendre que les points principaux, ne serait désavouée par aucun dermatologiste contemporain. Non-seulement Bateman décrit et dessine exactement la maladie, mais il la

(1) Il serait pourtant injuste de passer complètement sous silence le nom du médecin Génevois, J.-J. Manget. Si, dans sa description des diverses sortes d'alopécies, il en est resté à la conception de Celse, il semble avoir une certaine idée des altérations que peuvent subir les poils dans notre maladie. Voici, du reste, le passage : « Præterea in ophiasi majus » causæ vitium est ut non solum pilorum *radices,* sed et *cuticula* » erodatur. » *Bibliot. médico-pratique,* Genève 1698. IV, p. 277.

(2) *Nosologie méthodique,* etc. Edition française, par Gouvion, Lyon. 1772, IX, p. 535.

(3) *A pratical synopsis,* etc. Traduction Bertrand, 1820, p. 220.

classe et en fait une variété de teigne, le *Porrigo decalvans*, en supposant pour le besoin de sa cause des pustules qui n'existent pas (1) .Encore conviendrait-il de faire remarquer pour sa décharge la forme éminemment dubitative qu'il a soin d'employer sur ce point. Du reste, est-il bien exact de dire que ce soit absolument de toute pièce qu'il a inventé les petites pustules, dont il admet l'existence comme possible? Pour répondre à cette question, il suffit de rappeler que ces pustules ont été vues depuis par d'autres observateurs que le grand analyste Anglais, et que ces observateurs s'appellent Lailler, Besnier, Quinquaud, Brocq, etc., et est-il bien juste de lui reprocher de n'avoir pas délimité d'une façon impeccable son *Porrigo decalvans*, et d'en avoir élargi le cadre jusqu'à y faire rentrer ces Alopécies, acnés ou folliculites décalvantes, dont l'étude, on peut le dire, est encore à l'ordre du jour actuellement.

Dans tous les cas, il est certain que son émule Français, Alibert, lui est inférieur sur ce point, et qu'au milieu des rameaux touffus de son *arbre des dermatoses*, notre maladie perd son individualité entre sa *porrigine tonsurante* d'une part, qu'il déclare (2) être à la fois le *Porrigo decalvans* de Bateman et la *teigne tondante* de Mahon (qui, elle, est sûrement la tricophytie), et, d'autre part, son étrange conception d'une maladie de nature faveuse uniquement constituée par la calvitie (favus sine favis) « qu'il ne faut pas confondre, » dit-il, avec les alopécies partielles, où la peau est lisse » (?)

(1) Ce fut Rayer en 1827, qui, reproduisant la description du *Porrigo decalvans* de Bateman, déclara le premier, avec son sens clinique habituel qu'il n'existait dans cette affection aucunes « vésicule, pustule, ou autres formes phlegmasiques. » *Traité des maladies de la peau*, I, p. 373).

(2) *Traité des dermatoses*, 1832, I, p. 469 et 471. Le précis de 1818 ne fait même pas mention du *Porrigo* de Bateman, dont l'ouvrage, il est vrai, paru en 1813, n'avait pas encore été traduit en Français.

Cette individualité, Cazenave ne sût pas non plus la dégager de nouveau. Il sépare (1), bien plus nettement qu'Alibert, le *Porrigo decalvans* de l'*herpes tonsurant*, mais c'est pour en faire une variété de *vitiligo*, en donnant du reste à ce mot, comme Alibert l'avait fait, le sens de décoloration, erreur malheureuse sans doute, mais ne méritant peut-être pas complètement d'être « stigmatisée par les » points exclamatifs des dermatologistes futurs (2). » Non-seulement M. Besnier a plaidé récemment les circonstances atténuantes pour l'élève de Biett, mais il déclare que l'analogie entre les deux affections peut être telle, qu'à moins de supposer la superposition exacte de la Pelade et du Vitiligo, il est impossible dans certains cas de faire un autre diagnostic que Vitiligo avec Alopécie. Bien plus, si cliniquement Cazenave est dans l'erreur, ne devons-nous pas reconnaître aujourd'hui qu'il ne pouvait mieux choisir qu'en confondant l'Alopécie en aires avec une maladie qu'on tend de plus en plus à relier à des altérations du systeme nerveux (3).

Gibert paraît s'être éloigné davantage de la vérité, en déclarant (4) que le *Porrigo decalvans* devait être regardé comme une forme particulière du *Pityriasis capitis* propre aux adultes.

Remarquons au surplus, que jusqu'à l'époque où nous sommes rendus (vers 1840), la classification nosologique de la Pelade n'offrait en somme qu'un intérêt théorique. Il en fût tout autrement, quand un médecin, qui devait mourir

(1) *Annales des maladies de la peau*, 1843, p. 38 et *Traité des maladies du cuir chevelu*, 1850. Section III, ch. I, p. 280.

(2) Chambard, *Loc. cit.*, p. 284.

(3) Voir la thèse de Lebrun, élève de Leloir : *du vitiligo d'origine nerveuse*. Lille 1886.

(4) *Traité pratique des maladies de la peau*, 1839, p. 305.

trop tôt pour la science, vint annoncer (1) qu'un élève d'un collège de Paris, présentant en avant de l'oreille une place dégarnie de cheveux, avait contagionné son voisin de classe, et que ces deux cas avaient été suivis de six autres absolument identiques, et Gillette conclut naturellement que cette Alopécie partielle, comme il l'appelle, semble être contagieuse, et qu'il serait prudent d'isoler les premiers sujets chez lesquels elle se manifeste dans une grande réunion d'enfants.

Ainsi voilà clairement énoncé le fait de la transmissibilité de notre maladie, et, comme conséquence pratique, la nécessité de mesures de précaution à prendre contre son extension. Gillette, du reste, ne fait que citer ce qu'il a observé, sans en rechercher la cause.

Cette cause, ce fut un médecin Viennois fixé à Paris, Gruby, qui devait la chercher et, selon quelques-uns, la trouver.

Après avoir, sinon découvert, du moins décrit le mycoderme du Favus, et déterminé dans tous les cas son rôle pathogénique, Gruby communiquait successivement à l'Académie des sciences en 1842 et 1843 sa découverte de cryptogames analogues dans la Mentagre et le Porrigo decalvans, auquel il donnait en conséquence le nom de *Phyto-alopécie*, proposant, en outre (2), d'attribuer au cryptogame, cause efficiente de cette dernière maladie, la dénomination de *microsporon Audouini*, en l'honneur de l'auteur de la découverte de la nature de la *muscardine*. « Les microsporons, disait-il, qui constituent la phyto- » alopécie, ressemblent à ceux que j'ai décrits dans la » phyto-mentagre, ils s'en distinguent par le siège, ils sont » placés autour des cheveux dans leur partie aérienne, etc. »

(1) *Gazette médicale*, 1839, p. 573.

(2) *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 1843, XVII, p. 301.

Gruby allait plus loin, et déclarait, ainsi que l'avait fait Gillette guidé par l'observation clinique, que la nature végétale du Porrigo devait le faire considérer comme contagieux, et *nécessiter qu'on prenne à son égard des précautions comme pour le Favus et le Mentagrophytie.*

Non-seulement par ces derniers mots Gruby établissait d'une façon explicite, à laquelle on n'a peut-être pas assez rendu justice, ce qu'on a nommé depuis *la triade teigneuse*, mais encore il semblait pressentir « la révolution dermato-
» logique, comme le dit M. Lailler (1), que devait effectuer
» Bazin quelques années plus tard, en établissant la grande
» classe des affections cutanées parasitaires dans ses
» *recherches sur la nature et le traitement des teignes*, »
ouvrage qui marque dans l'histoire des sciences médicales une date dont l'importance croît de jour en jour dans des proportions de nature à déconcerter l'esprit.

Ces teignes, Bazin (2) en établissait cinq espèces, dont les deux dernières (les seules qui nous intéressent) étaient la teigne achròmateuse et la teigne décalvante, reconnaissant comme cause, la première, le *microsporon Audouini*, et la deuxième, le *microsporon decalvans*, sans s'expliquer très clairement sur les différences qui pouvaient séparer ces deux parasites. Aussi, dans ses leçons de 1857, reprenant le vieux mot de *Pelade* qui, du reste, n'avait jamais complétement disparu de la langue médicale (3), il lui donnait un sens défini, et désignait sous ce nom les deux teignes considérées comme de simples variétés de la même maladie. « Je réunis sous le nom de « Pelade » les deux teignes achrô-

(1) *Loc. cit.*, p. 4.

(2) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853, et *sur les teignes achromateuses*, 1853.

(3) *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1819, t. 40, p. 80 : *Pelade*. C'est encore ici l'alopécie avec desquamation épidermique.

mateuse et décalvante. » écrivait-il encore en 1862 (1). Cependant il devait plus tard modifier encore sa conception de la pelade, et la séparer de nouveau (2), en continuant à réserver à l'achrômateuse (pelade vraie) *le microsporon Audouini,* et en attribuant à la décalvante non plus un *microsporon decalvans,* comme en 1853, mais un *tricophyton decalvans*, qui ne serait autre chose que le *tricophyton tonsurans* de Malmsten, arrivé à une période plus avancée, et ayant subi une sorte de transformation sénile.

Ce défaut de précision et ces variations d'opinion faisaient, on le comprend, la partie belle, non seulement aux contempteurs systématiques des nouvelles doctrines, comme Grisolle, qui, en 1855, doutait encore de la nature parasitaire du Favus (3), et Cazenave, qui devait jusqu'à la fin « protester contre » l'audacieux envahissement de la pathologie par les pré- » tendus champignons (4), » mais encore à ceux qui, plus modérés, admettaient plus ou moins volontiers la nature végétale de la faveuse et de l'herpès tonsurant, mais attaquaient principalement les conceptions de Bazin relatives à la pelade. Parmi ceux-ci, Chausit eut surtout le don d'exaspérer son adversaire dans des articles parus dans l'*Union Médicale* en 1863, où il employait tour à tour les arguments sérieux et les formes ironiques. Reprochant par exemple à Bazin d'avoir dit que le pigment était absorbé par le parasite, il signalait « le génie malfaisant du micros- » poron. Ce parasite, le plus petit de tous, détruit non seu- » lement le poil, mais il dévore la matière pigmentaire, en » exerçant sur elle une influence si pernicieuse que tout

(1) *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1862, p. 47, et *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 1862, p. 133.

(2) *Dictionnaire encyclopédique;* 1873; *Microscoporon*, p. 610

(3) H. Feulard, *Loc. cit.* p. 47.

(4) *Bibliothèque médicale,* 1873, p. 45.

» retour du pigmentum est impossible, même après la mort
» de ce méchant petit cryptogame... »

Devant ces *diatribes,* on excuse presque Bazin d'avoir, dans la conscience de sa supériorité, accusé Chausit de manquer de bonne foi à son égard (1).

De toutes ces controverses, si loin de nous aujourd'hui, nous ne retiendrons qu'une chose, c'est qu'au milieu de l'œuvre de génie du maître, la question de la pelade était restée, même en France, « le point faible » de la doctrine de Bazin, et le fait fut officiellement constaté en 1874, lorsque MM. Lailler, Vidal et Bergeron vinrent déclarer à la Société médicale des hôpitaux avoir vainement cherché le parasite de cette affection (2).

Qu'étaient donc au juste les spores décrites tour à tour par Gruby et Bazin, car il semble bien inadmissible que de tels observateurs aient pu se laisser égarer à ce point par « les illusions du microscope »? Si ils ont décrit des spores, c'est que ces spores existaient. Il est probable pour nous qu'en réalité il s'agissait, soit de ces productions banales, qualifiées depuis irrévérencieusement du nom de *champignons des serviettes,* soit de cas de tricophytie, et ce qui pourrait peut-être le faire croire, est que Bazin avouait lui-même « que les caractères objectifs de ces
» diverses espèces ne sont pas toujours si nettement accu-
» sés qu'on ne puisse les confondre à un examen super-
» ficiel (3). »

Toujours est-il que la question semblait jugée, quand MM. Malassez et Courrèges (4) annoncèrent qu'ils avaient retrouvé le parasite, non plus, il est vrai, à l'état de spores

(1) *Examen critique,* etc., 1866, p. 166.

(2) Besnier. Loc. cit., p. 9.

(3) *Leçons sur les affections artificielles,* 1862, p. 133.

(4) *Thèse* de Paris, 1874.

siégeant, comme le voulait Gruby, dans la partie aérienne des cheveux, mais « dans les pellicules épidermiques qui » résultent du grattage fait sur ces plaques dénudées, et sur les parties de la peau qui les entourent. » C'est en ces termes que M. le professeur Hardy (1) vient couvrir de sa haute autorité ce nouveau parasite, qui cependant ne devait pas être plus heureux dans cette dernière incarnation que précédemment.

Dès 1878, M. Lailler (2), sans nier son existence, doute fort de son rôle dans la production de la pelade, et, après avoir exposé les difficultés d'expliquer par son intervention l'achrômie de la peau, reprenant la grave objection formulée par Nystrom (3), déclare que les spores signalées par MM. Malassez et Courrèges pouvaient se trouver, et se trouvaient chez les sujets dont le cuir chevelu « était parfaitement sain ». MM. Vidal et Besnier sont encore plus affirmatifs. Pour eux, non seulement le parasite de Malassez, mais encore ceux décrits par Eischorst, en 1879, et Majocchi, en 1882, sont banals et non pathogènes. Ils ne le sont pas de leur nature et ils ne semblent pas l'être non plus, comme le supposait C. Pellizari (de Pise) (5), d'une façon mécanique, en gênant par compression la vitalité du bulbe.

La même conclusion s'imposerait à l'égard du *micrococcus decalvans*, de George Thin (de Londres) (6), siégeant, d'après celui-ci, dans la gaine interne de la racine des cheveux, ce parasite ayant été retrouvé par Bizzozéro et Bordoni (7), sur des sujets en parfaite santé, et il serait abso-

(1) *Traité des maladies de la peau*, 1886, p. 411.
(2) *Loc. cit.*, p. 86.
(3) *An. de dern.*, 1875, p. 440.
(4) *France médicale*, 1883, p. 718, et *Rapport à l'Académie*, p. 10.
(5) *An. de derm.*, 1884, p. 586
(6) *Mon. fur praktische Dern*, 1885, N° 28.
(7) *Fortsh. der médic.*, 1886, N° 5.

lument de même des microcoques décrits la même année dans les archives de Virchow par Van Sehlen (1).

Il nous reste à signaler la nouvelle théorie défendue par A. R. Robinson (de New-York) (2), d'après laquelle l'alopécie en aires serait une maladie parasitaire des vaisseaux et des espaces lymphatiques, causée par des *cocci* analogues au *Staphylococcus pyogenes aureus*, micrococques déterminant une prolifération conjonctive dans les parois vasculaires, et, par suite, un afflux sanguin insuffisant dans les diverses couches de la peau, d'où l'altération nutritive du follicule pileux. D'après M. Leloir (3), ces prétendus *micrococci* ne seraient autre chose que des *mastzellen* d'Erlich, ou même des granulations de matière colorante précipitée. Nous verrons plus loin que d'autres considérations, tirées du siège profond assigné à ces organismes présumés, semblent s'opposer d'autre part à l'adoption des idées de Robinson.

En somme, le parasite de la pelade, si tant est qu'il existe, serait encore à trouver (4). Tel paraît être sur ce point le bilan de ce qui précède.

Nous disons : *Si tant est qu'il existe*, c'est qu'en effet si,

(1) *Arch. de Virchow*, 1885, p. 327. V. l'analyse faite par M. Brocq, des travaux de Michelson et Binder relatifs à ce sujet, *Gazette hebd. de médecine*, 1887, p. 307. V. également *Revue des sciences médicales*, XXIX, p. 615.

(2) *An. de derm.*, 1889, p. 470.

(3) Communication à l'Académie de Médecine du 26 Juin 1888, dans le *Bulletin médical*, p. 84.

(4) Mentionnons enfin, pour terminer cette trop longue énumération, les travaux tout récents de M. le Dr Germaix, médecin-major au 132e régiment de ligne. Quelque intérêt que présentent ces recherches, intérêt affirmé par la récompense décernée à leur auteur par l'Académie de Médecine, il ne semble pas qu'elles soient de nature, jusqu'à ce jour du moins, à infirmer la conclusion ci-dessus formulée. V. du reste *Bulletin de l'Académie*, 1890, n° 46, p. 682 et suiv.

en France et depuis Gillette, à qui, nous l'avons vu, revient l'honneur d'avoir constaté avant Gruby et Bazin, le pouvoir contagieux de cette maladie, son origine parasitaire a été acceptée par la presque totalité des médecins, non seulement en théorie, mais encore au point de vue pratique, et avec toutes les conséquences que comporte cette opinion (1), il n'en a pas été de même à l'étranger.

Sans parler du patriarche de la dermatologie anglaise, Erasmus Wilson, qui niait à la fois l'origine végétale de toutes les teignes (2), les chefs des écoles dermatologiques allemandes et anglo-américaines (3), non seulement ont rejeté depuis longtemps l'alopécie en aires du rang des affections parasitaires, mais en ont fait le résultat d'un trouble nerveux spécial, d'une trophonévrose, en se fondant non-seulement sur l'absence de parasites certains, mais encore sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la marche générale de la maladie.

On est contraint d'avouer à ce sujet, que sur ce nouveau terrain les arguments abondent, arguments tellement probants et décisifs qu'ils semblent de nature « à faire accepter, » dit M. Besnier, sans en comprendre le mécanisme ni le » mode instrumental, la théorie de la Pelade nerveuse et » trophonévrotique. »

En effet, la rapidité avec laquelle se développent les plaques d'alopécie, leur localisation presque spéciale (4),

(1) Bergeron, *Loc. cit.*, Lailler. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1885, p. 580.

(2) Sur la phyto-pathologie de la peau, dans la *British and Foreign médico-chirurg. review*. Janvier 1864.

(3) Sic : Hebra, *trad. Doyon*, II, p. 200 ; Kaposi, *trad. Besnier et Doyon*, II, p. 167 ; Rindfleisch : *arch. fur dern. und syph.*, 1860, p. 483 ; Durhing, *trad. Barthélemy et Colson*, p. 532.

(4) Voir par exemple le moulage n° 763 (vitrine III), du musée de Saint-Louis (service de M. Vidal). L'alopécie embrasse exclusivement et symétriquement le territoire innervé par l'occipital.

qui ne s'explique guère avec l'hypothèse de parasites pouvant aussi bien en somme débuter au sommet de la tête qu'à sa partie occipitale, la nervosité particulière qu'on a cru remarquer chez la plupart des sujets atteints (c'est ainsi qu'on a expliqué la présence exceptionnelle des Pelades après le siège de Paris, fréquence constatée (1) par M. Hardy), l'existence d'émotions vives ayant précédé souvent le développement de la maladie (2), la coïncidence de lésions non douteuses du système nerveux central ou périphérique (3), les altérations enfin du poil péladique, altérations « trophopathiques et non parasitaires, » tous ces caractères s'appliquent nettement à une maladie d'origine nerveuse, d'autant plus qu'il est certain que cette théorie a à son actif des faits de physiologie expérimentale, et qu'on est arrivé à produire l'alopécie en aires chez de petits animaux, en pratiquant l'extirpation du ganglion spinal du deuxième nerf cervical. (Expériences de Max Joseph, et de Mibelli) (4). Non-seulement ces expérimentateurs ont déterminé ainsi la chûte des poils chez leurs sujets, du cinquième au douzième jour, mais encore ils ont pu constater, et c'est en cela surtout que les expériences méritent d'être retenues, que cette chûte avait lieu suivant un mécanisme analogue à

(1) *Loc. cit.*, p. 415.

(2) Voir les cas rapportés par Kaposi (II, p. 171). Voir également les observations typiques citées par M. Leloir dans sa communication à l'Académie de Médecine. *Bulletin Médical,* 1887, p. 846.

(3) Fait observé depuis longtemps. C'est ainsi que Rayer (*maladies de la peau*, 1827, II, p. 374) rapporte, d'après Ravaton, qu'un homme après une violente commotion, fut atteint d'une amaurose de l'œil droit et d'une décoloration et de la chute des cheveux, des sourcils et des cils du même côté.

(4) Voir *Bull. della soc. tra i cultori di scienze med. di Siena,* 1887, V., 2. *Giornale Ital. della malat. vener. e della pelle.* Déc. 1888. *Revue des Sciences médicales,* 1887, I, p. 194, et 1888, II, p. 563. *An de derm.* 1889, p. 469.

celui de la Pelade, c'est-à-dire consécutivement à une atrophie papillaire.

Si ces expériences ne sont pas absolument concluantes, soit par suite de la non-identité des résultats (l'alopécie s'accompagnant parfois de productions vésiculeuses ou de croûtes), soit en raison des mutilations mêmes opérées sur les animaux, elles n'en subsistent pas moins avec leurs conséquences légitimes.

« Il manque un élément à cette démonstration, disait M. » Vidal en 1883 (1), c'est la constatation même (chez l'homme) » de l'altération des nerfs. » Cette constatation, M. Leloir est venu la fournir à l'Académie le 26 juin 1888 (2), en annonçant que des nerfs, recueillis par lui au niveau des plaques de Pelade, présentaient tous les signes de la névrite dégénérative atrophique en voie d'évolution.

Chez un autre sujet, il est vrai, les nerfs étaient absolument sains, ce qui, d'après M. Leloir, empêcherait de tirer une conclusion valable de cet examen histologique. Il semble pourtant qu'un fait négatif ne saurait détruire l'autorité d'un fait positif, surtout quand il se présente avec de telles garanties de savoir et d'expérience, et sans vouloir, bien entendu, donner à l'observation du distingué professeur de Lille plus de portée que l'auteur lui-même a voulu y mettre, nous pensons, qu'à moins de supposer une coïncidence bien singulière, il est licite de la citer en faveur de la théorie que nous exposons.

Nous pourrions également, et sous les mêmes réserves, rappeler les faits (3) rapportés par Lewin, d'altération des poils, coïncidant avec des cas d'atrophie unilatérale de la figure (20 fois sur 70 cas), suite de lésions de rameaux du trijumeau.

(1) *Loc. cit.*, p. 720.
(2) *Lôc. cit.*, p. 846.
(3) *An. de derm.*, 1889, p. 472.

En face de cet ensemble de considérations, et ne pouvant cependant d'autre part, sans renier les traditions cliniques dont elle s'est toujours glorifiée, faire abstraction des cas nombreux et irrécusables de contagion de la Pelade, l'école contemporaine de Saint-Louis s'était ralliée à une opinion mixte, consistant à croire, non plus à la Pelade, mais aux pelades : « Certainement la Pelade n'est pas une, au point » de vue pathogénique ; nous ne dirons pas avec Tilbury » Fox qu'il y a deux Pelades, nous dirons qu'il y en a » plusieurs (1).

Ce fut alors, et d'une façon presque fortuite, que la question entra dans une nouvelle phase. Le 8 février 1887, M. Ollivier, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, lisait à l'Académie de médecine un travail dans lequel il combattait l'idée de la transmissibilité de la pelade, et demandait, comme corrollaire de cette opinion, que les peladiques ne soient plus exclus des écoles, surtout quand il s'agissait de jeunes gens, pour lesquels une telle interruption prolongée des études pouvait être fort préjudiciable. A la suite d'une longue discussion sur ce point (6 et 20 décembre 1887), l'Académie nommait une commission chargée de l'étude des mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade.

Le 31 juillet 1888, M. Besnier, au nom de cette commission, déposait un rapport, qu'il y aurait presque inconvenance de notre part à vouloir apprécier, rapport dans lequel il était proposé, selon les expressions mêmes de M. Besnier ; « un terrain de conciliation, sur lequel pourraient se » rencontrer les deux théories opposées, et s'accorder des » observateurs, qui semblaient naguère irréconciliables. »

Cette nouvelle théorie peut, croyons-nous, se résumer ainsi qu'il suit :

1° La pelade est contagieuse.

(1) *Note* de MM. Besnier et Doyon. (Trad. de Kaposi, II, p. 168).

2° Son pouvoir contagionnant est plus irrégulier et moins constant que celui du Favus et de la tricophytie.

3° Le parasite de la pelade n'est pas découvert, et en tout cas, il n'agit pas directement sur le poil.

4° Le poil peladique présente uniquement des caractères athrepsiques, indiquant, non pas un arrêt, mais un trouble de la papille pilaire.

5° Ce trouble fonctionnel est sous la dépendance directe du système nerveux.

Ce rapport, approuvé à l'unanimité par l'Académie dans sa séance du 31 juillet 1888, insiste, on le voit, particulièrement sur le rôle, dans l'étiologie de la pelade, dévolué au système nerveux, et aujourd'hui, on peut considérer comme définitivement hors de discussion la nature névropathique du processus éliminateur du poil peladique, et cela, d'une façon générale et absolue, quelles que soient, du reste, les conditions étiologiques ayant présidé à l'éclosion de la maladie.

## VI

Ce premier point acquis, reste cependant une autre difficulté, celle de la contagion, ou plutôt, pour parler plus exactement, des étranges variations du pouvoir contagionnant de l'affection.

Ici, nous croyons au moins prématuré de déclarer hors de cause, comme semble le faire M. Merklen dans son analyse du rapport (1), la théorie soutenue hier encore par la presque totalité des dermatologistes français, d'après laquelle la pelade serait tantôt contagieuse et parasitaire, tantôt non contagieuse et d'origine purement nerveuse. Que

(1) *An. de derm.*, 1888, p. 813 et seq.

l'opinion, d'après laquelle elle ne serait jamais transmissible, que cette opinion ne soit plus soutenable aujourd'hui, qu'il existe dans la science des faits incontestables de contagion, nous croyons qu'il est inutile d'insister sur ce point, mais il n'en est pas moins vrai, et le rapport cité plus haut le prouve surabondamment, que cette contagion est loin d'affecter le caractère de permanence et de fatalité, pour ainsi dire, des véritables teignes, et il n'est guère de médecin qui ne puisse fournir à ce sujet des exemples typiques d'immunité singulière. Est-il utile, par exemple, de rappeler les 25 cas de M. Ollivier (1), dans lesquels il n'y eut aucune contagion de mari à femme et d'enfant à enfant, et ceux non moins concluants, cités par M. Leloir (2) dans sa communication à l'Académie, et notamment parmi ceux-ci, celui de ce jeune homme, se servant pendant *neuf ans* des mêmes peignes et brosses que son père, sa mère, ses frères et sœurs, ses amis, sa maîtresse, puis, toujours avec sa pelade, se mariant, ayant deux enfants, sans avoir contaminé personne de son entourage.

Nous avons, pour notre part, il y a quelques années, constaté chez un de nos amis, et comme par hasard, la présence de deux plaques peladiques, existant déjà depuis plus d'un mois, sans que celui-ci, marié et père de deux enfants, ait jamais pris, dans son ignorance de la nature de son affection, aucune précaution relative aux personnes de sa famille, qui cependant n'avaient et n'ont depuis jamais présenté trace d'alopécie.

Quand un observateur, du reste, comme M. Lailler (3), non seulement cite des cas indiscutables de non-contagion, comme celui d'un peladique, couchant plusieurs semaines

(1) Académie de médecine, 8 février 1887.

(2) *Loc. cit.*, p. 846.

(3) *Loc. cit.*, p. 83.

avec son fils, sans résultats fâcheux pour celui-ci, ou de deux ménages, dans lesquels la femme porte une plaque depuis plusieurs semaines, sans que le mari ou les enfants aient jamais rien eu, mais encore, généralisant la question, déclare qu'il n'a jamais découvert dans ses salles de Saint-Louis un seul cas de contagion, que pareille constatation est également faite par M. Doyon (1), à propos de celles de l'Antiquaille, et que ces déclarations sont pour ainsi dire contresignées par M. Besnier dans son rapport, il y a là un ensemble de preuves dont il est difficile de méconnaître les conséquences et la portée.

Que pour ce qui regarde les services hospitaliers, on puisse légitimement invoquer les soins et la surveillance, ainsi que l'influence préservative du traitement, cela semble vraisemblable, mais en somme les mêmes éléments de préservation n'existent-ils pas à l'égard de la tondante, et ici les faits de transmission malgré tout sont ils donc si exceptionnels ?

Comme contre-épreuve de ce qui précède, M. Horand, chirurgien de l'Antiquaille, a montré dans des expériences classiques que la Pelade, dans certains cas du moins, n'était pas plus inoculable qu'elle ne semblait contagieuse : » Nous avons tout d'abord, dit-il (2), inoculé la Pelade à » de jeunes chiens, et cela de la même manière que l'herpès » tonsurant, c'est-à-dire en rasant préalablement la surface » d'inoculation, en l'humectant et en frictionnant ensuite » avec la poussière épidermique obtenue en raclant une » plaque de Pelade non traitée, enfin en laissant à demeure » cette poussière. Ces inoculations n'ont donné lieu à » aucune lésion locale. Autorisé par cet insuccès, nous avons » tenté une inoculation sur un jeune enfant, et cela de la

(1) *Thérapeutique des maladies cutanées*, 1876, p. 840.
(2) *An. de derm.*, 1874, p. 425.

« même façon. » Cette fois encore, l'inoculation est restée stérile. Ces expériences du reste, M. Coustan (de Montpellier) (1), puis M. Leloir, les ont recommencées sur des cobayes, des lapins et des chiens, et toujours avec le même insuccès.

Peut-être après tout serait-il possible de résoudre la difficulté, en admettant que la Pelade puisse être contagieuse, il est vrai, mais à un degré peu marqué, à titre exceptionnel, demandant pour se produire un ensemble de conditions difficiles à trouver réunies, et une opportunité morbide spéciale de la part du sujet contagionné. De ce que la tuberculose et la fièvre typhoïde sont transmissibles, il n'en est pas moins vrai que bien nombreux sont heureusement ceux qui échappent à la contagion, malgré un séjour permanent et prolongé au milieu de personnes atteintes; mais ici encore, voilà que le terrain semble se dérober sous nos pas, et cette affection, qui tout à l'heure paraissait si peu contagieuse que des hommes comme Hebra, Neumann, Kaposi, Durhing, pour ne citer que des étrangers, ont pu venir affirmer qu'elle n'était ni parasitaire, ni transmissible, voilà, disons-nous, que cette affection semble tout-à-coup n'avoir rien à envier sur ce point à la Faveuse et à la tondante, et en faveur de cette nouvelle éventualité se pressent dans toutes les mémoires les faits de contagion multiple, de transmission en série. Qu'il nous suffise de citer, comme au hasard, le collégien de M. Lailler (2), qui attrape la pelade de son voisin de classe et la donne à son frère; la fille du pharmacien, dont parle M. Vidal (3), la donnant à son père et à trois enfants : la dame, citée par M. Besnier (4),

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire,* 1887, p. 564.

(2) *Loc. cit.,* p. 82.

(3) *Loc. cit.*, p. 718.

(4) *Rapport,* etc., p. 39.

qui, dans son habitude de partager ses faveurs, contagionne à la fois son mari et son amant ; l'étudiant en pharmacie enfin de M. Leloir (1), la communiquant en quelques mois à sa mère, son frère, sa sœur et son ami, qui la transmet lui-même à sa maîtresse. (2).

Ces faits de contagion, qu'il serait facile de multiplier, prennent parfois le caractère de véritables épidémies, épidémies apparaissant, non de loin en loin, à titre de curiosités scientifiques, mais semblant, depuis que l'attention est portée de ce côté, se renouveler d'année en année, et sur tous les points du territoire.

C'est en 1883, à Amiens (3), où sont atteints 50 enfants dans un collège de 400 élèves.

En 1886, à Montpellier (4), au 122e de ligne, où sont constatés plus de 80 cas « types » de pelade.

En 1887, à Brest (5), dans l'infanterie de marine, « où » les cas observés sont survenus manifestement à la suite » de l'entrée au corps d'un peladé venant d'Angers, » et aux pupilles de la marine « où les premiers cas ont coïncidé » avec l'arrivée dans cet établissement de deux enfants » ayant la tête aux trois quarts dénudée. »

En 1888, à Paris (6), aux sapeurs-pompiers, où 20 hommes sont atteints « défalcation faite des cas douteux, » et à

(1) *Loc. cit.*, p. 846.

(2) Les quatre frères et sœurs, pourrions-nous ajouter, que nous avons vus au mois de mai dernier, à Saint-Louis, à la consultation de M. le Dr Tenneson, pris, le premier en janvier, le deuxième en février, et les deux autres en avril.

(3) Séance de l'Académie du 20 déc. 1887.

(4) *Revue d'hygiène*, 1887, p. 555. Rapport de M. le médecin-major Coustan.

(5) Rapport du directeur de service de santé, cité par M. Besnier. *Loc. cit.*, p. 32.

(6) *Archives de médecine militaire*, 1888, p. 81, et *Bulletin municipal officiel*, 1888, p. 1421.

Versailles, au 1[er] du génie (5 cas), et au 3[e] cuirassiers (6 cas).

En 1889 enfin, à Libourne (1), au 15[e] dragons, où 52 hommes sont pris en deux mois.

Il est évident que devant des foyers aussi intenses de contamination peladique, foyers, qu'on le remarque, qui allaient en augmentant jusqu'au jour où intervenaient des mesures énergiques de préservation, il ne saurait être question de prédisposition particulière, ou d'état exceptionnel de *minoris resistantiæ*,

A Amiens, à Brest, à Paris, à Libourne, c'est en face d'une maladie nettement et puissamment transmissible que nous nous trouvons, et transmissible, non pas d'une façon plus ou moins mystérieuse, comme le sont encore aujourd'hui la plupart des maladies infectieuses, par le moyen des *circumfusa* ou des *ingesta*, pour employer de vieux mots, mais transmissible, par un mode particulier, par contact direct, ou par l'intermédiaire d'objets directement contaminés, et cela, d'une façon tellement précise, que partout sont exempts justement ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ont échappé à cette action immédiate du contage.

Ce contage, nous le voyons s'exercer par le moyen des objets les plus divers, mais toujours susceptibles par leur nature d'avoir recueilli par simple contact, et transmis de la même façon, l'agent contagionnant, quel qu'il soit. Ce seront, par exemple, des ciseaux ou des tondeuses de coiffeurs. (A Montpellier et à Libourne, les sous-officiers, qui se font couper les cheveux en ville, restent presque absolument exempts), des coiffures (képi d'un soldat à Montpellier, donné par erreur à un nouvel arrivant, qui contracte la pelade *aux mêmes points du crâne* que son devancier, et

(1) Bourguedieu. *Thèse de Bordeaux*, du 4 déc. 1889.

cas de l'officier d'habillement), des traversins et des oreillers (ce fut, d'après le rapport de M. le médecin-inspecteur Collin, le mode probable de contagion aux Pompiers de Paris), des dossiers ou coussins de voiture publique (1), un masque de maître d'armes, des patères de porte-chapeaux (2), etc., etc.

Ainsi, et pour nous résumer, voilà une maladie, qui tantôt semble absolument rebelle à toute espèce de transmissibilité, malgré les contacts les plus prolongés et les plus intimes, et tantôt affecte au plus haut degré le caractère d'une affection contagieuse, et contagieuse d'une façon spéciale, à la façon d'une teigne, c'est-à-dire supposant l'existence d'un parasite *sui generis*, sinon sur le poil lui-même, du moins dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, comme le démontre la facilité de contamination des objets en rapport, même fortuitement, avec cet épiderme; et cette seule constatation serait de nature à faire douter de la théorie de Robinson, puisque son auteur explique précisément la non-contagion habituelle de la maladie par le siège profond des micro-organismes qu'il a décrits.

Nous voilà donc revenu, de par l'observation clinique, à la dualité de la pelade, au moins sous le rapport de la transmissibilité, et obligé de dire, en nous abritant derrière une autorité qui ne saurait être suspecte en pareil cas : « qu'il » en existe deux formes, l'une contagieuse, l'autre qui ne » l'est pas (3). »

Si maintenant nous voulons réfléchir qu'au fond la symptomatologie se réduit à la chute des poils dans une certaine région, consécutive à une atrophie papillaire, ne serions-nous pas en droit de supposer que cette atrophie puisse

(1) Hardy. *Loc. cit.*, p. 414.

(2) *An. de derm.*, 1888, p. 816.

(3) Mr Ollivier. Séance de l'Académie de médecine du 31 juillet 1888.

reconnaître une origine pathogénique multiple, qui serait, dans certains cas, une trophonévrose pure, et dans d'autres, la conséquence d'agents extérieurs, exerçant leur action morbide sur la nutrition du bulbe par l'intermédiaire du système nerveux, puisque les considérations, que nous avons résumées plus haut, démontrent, nous l'avons vu, qu'il s'agit ici, et avant tout, et toujours, d'une névropathie.

Telle est aussi à peu près l'opinion de M. le professeur Leloir, avec cette différence toutefois, que ce dernier réserve l'appellation de pelade aux cas nettement parasitaires de par leur origine.

Il n'y a là, sans doute, qu'une nuance de mots, à la condition de serrer d'un peu près la question.

Il est certain qu'il est possible de séparer de la pelade des processus pathologiques confondus jusqu'à ce jour avec elle, et réunis par M. Besnier sous le nom d'*alopécies innominées,* chacun d'eux devant recevoir une étiquette spéciale à mesure qu'il se trouvera déterminé au point de vue clinique et anatomo-pathologique, comme la folliculite des régions velues de M. Quinquaud (1), par exemple, affection ressemblant à la pelade, pouvant être prise pour elle, mais en différant cependant par des lésions folliculaires (*pustulettes*) paraissant causées par un mycrophyte spécial, et déterminant une apparence pseudo-cicatricielle de la peau ; ou encore ces alopécies décrites par Behrend (2), accompagnées de rougeurs et de desquamation, et qui semblent dès lors, et par cela même, devoir être rattachées aux alopécies pityrodes ou séborrhéiques (3).

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. Août 1888. V. aussi *An. de derm*. 1888, p. 657 ; et 1889, p. 98 et 467.

(2) Analyse du travail de Behrend, par M. Doyon, *An. de derm*. 1889, p. 469.

(3) Il est probable, comme nous l'avons dit au commencement de cette étude, qu'il y aurait lieu également de séparer de la pelade la forme

Maintenant serait-il légitime d'aller plus avant dans cette voie, et de dédoubler sous des noms différents la pelade véritable, celle, comme on l'a dit, où la chute des cheveux est à la fois le symptôme et la maladie ?

D'abord existe-t-il des raisons théoriques qui, *a priori*, nous imposeraient ce dédoublement, et est-il absolument certain, comme l'ont dit MM. Thibierge et Merklen (1), que « la logique et les lois de la nosologie ne permettent pas » d'admettre qu'une même maladie puisse reconnaître à la » fois deux causes aussi différentes. »

Il faut avant tout s'entendre ici sur le mot « cause ». Dans le cas qui nous occupe, la cause, et la cause constante, c'est la parésie de la papille pilaire, parésie liée à une altération, au moins fonctionnelle, du système nerveux. Or, cette altération peut elle être produite par des influences diverses ? Telle est, semble-t-il, la question.

à cheveux fragiles, *la folliculite microbienne tonsurante* de M. Nimier (*Gazette hebdomadaire*. Mai 1890, p. 234 et seq.). Outre la fragilité spéciale du poil, l'affection se caractériserait au point de vue clinique par le siége habituel des plaques au sommet de la tête, leur absence de symétrie ainsi que la rapidité de leur évolution, enfin par son mode de terminaison. « La repousse des cheveux offre comme particularité de » fournir d'emblée des cheveux normaux, et non des pousses successives » de poils follets, comme dans la pelade. » (Nimier. *Loc. cit.*, p. 235).

Ce qui, de plus, serait de nature à légitimer la distinction serait, d'après MM. Vaillard et Vincent. (*An. de l'Institut Pasteur*. Juillet 1890, p. 446), la présence constante de microcoques spéciaux, siégeant surtout dans le follicule, et dans sa portion la plus immédiatement en contact avec le poil lui-même, microcoques faciles à colorer par la méthode de Gram, se cultivant et liquéfiant la gélatine, enfin, et c'est peut-être là le point capital, pouvant être inoculés par frictions aux cobayes et aux lapins, et déterminant chez ces animaux des plaques d'alopécie à poils fragiles, *même lorsque le poil est simplement coupé et non rasé* (distinction ayant son importance, d'après les expériences de M. Quinquaud).

(1) *An. de derm.* 1888, p. 821.

L'hypothèse que nous venons d'énoncer constituerait-elle après tout un fait unique et sans précédents ?

Il est une dermatose, le zona, dont l'origine, depuis de longues années, semble élucidée entre toutes.

« C'est surtout Barensprung qui a le mieux constaté... » que le zoster correspond toujours au trajet d'un nerf spinal » et dérive d'une lésion du ganglion intervertébral, c'est-à- » dire de ce ganglion, que traverse la racine sensitive posté- » rieure de la moëlle. Cette intéressante découverte a été con- » firmée par des recherches analogues de Rayer, Danielsen, » Weidner, Charcot et Cotard, Wagner, O. Wyss, Sattler » et moi-même (1). » — « Pour tous les médecins, le zona n'est » pas autre chose qu'un trouble trophique... Cette notion » est un fait acquis définitivement à la science au point » qu'aujourd'hui quand on observe un zona on recherche » immediatement la névrite et les causes qui ont pu donner » lieu à cette lésion liée directement au zona (2). »

Parmi ces causes, M. Hardy (3) n'hésite pas à déclarer que les refroidissements « lui paraissent être de celles » qu'on peut le moins révoquer en doute ». Il cite également, pour les avoir observés, *les émotions vives*, les accès de colère, etc. « Les traumatismes violents, intéressant et » contusionnant les nerfs, les opérations chirurgicales sont » également capables de déterminer cette éruption. » (Durhing) (4).

Cependant ne semble-t-on pas admettre aujourd'hui, avec M. Landouzy, (5) que cette affection peut revêtir parfois, le

(1) Kaposi *Loc. cit.*, I, p. 410 et 411.

(2) Durhing. *Loc. cit.*, p. 253.

(3) *Loc cit.*, p. 244.

(4) M. Charcot admet aussi un zona traumatique : *Leçons sur le système nerveux*, 1884, I, p. 23.

(5) *Semaine médicale*, 20 septembre 1883.

plus souvent même, un caractère infectieux, et, donnant raison à Trousseau (1), n'a-t-on pas décrit des épidémies de zona? Kaposi, tout en continuant à admettre le zona traumatique et celui causé par un empoisonnement (par l'oxyde de carbone, par exemple), fait même remarquer (2) que, comme pour la rougeole et la scarlatine, il en existe des épidémies bénignes ou graves.

M. Letulle, dans une très savante communication faite à la société clinique de Paris (3), a insisté particulièrement sur cette origine multiple du zona. Il se demande en terminant quel peut être le mode d'action des germes infectieux ou des poisons secrétés par eux sur les troncs des nerfs et les centres bulbo-protubérantiels, c'est-à-dire que pour lui l'origine infectieuse de cette maladie n'excluerait nullement l'intervention du système nerveux.

A ce que nous ne présentons ici bien entendu, qu'à titre de simple analogie, M. Besnier est venu apporter, il y a peu de temps, le secours de sa toute spéciale autorité, à propos d'un autre processus morbide, l'érythème. « Une même » forme dermatographique, dit-il (4), peut-être idiopathi- » que, primitive, *autogène,* ou prendre sa condition patho- » génique immédiate dans un agent toxique venu du » dehors ». Nous trouvons ici formellement formulé ce fait d'une dermopathie *pouvant être produite par des causes variées, sans perdre de son identité.*

Par conséquent, et c'est là le point où nous voulions en arriver, il ne semble pas déraisonnable de considérer la Pelade comme une affection trophonévrotique, pouvant reconnaître soit une origine intrinsèque (Pelade non conta-

(1) *Cliniques,* 1873, I., p. 269.
(2) *An. de derm.* 1889, p. 729.
(3) *France médicale,* janvier 1889, p. 85 et seq.
(4) *An. de derm.*, 1890, p. 2.

gieuse) soit une origine extérieure et parasitaire (Pelade contagieuse).

Que s'il était permis maintenant de reconnaître cliniquement ces deux origines de la maladie, et il est évident qu'au point de vue pratique, ce serait là l'important, on réserve pour l'une le nom de pelade, et qu'on donne à l'autre la dénomination de *peladoïde*, comme le propose M. Leloir, cette façon de procéder n'aurait évidemment que des avantages, à une condition bien entendu, c'est que cette distinction résiderait, non pas dans une analyse plus ou moins douteuse des causes étiologiques, mais dans des caractères objectifs, nets et toujours semblables à eux-mêmes, devant permettre, dans tous les cas, un diagnostic précis et certain.

Ce diagnostic, M. Vidal, en 1883, ne semblait pas éloigné d'en admettre la possibilité, dans certains cas du moins, et notamment dans la forme à marche rapide, la décalvante de Bazin. « On n'a jamais, dit-il, cité un seul exemple, même » douteux, de contagion dans cette forme décalvante. Elle » a de la tendance à récidiver après deux ou trois années » chez ceux qui l'ont déjà eue, sans qu'ils aient paru jamais » exposés à une contagion » (1). Cette distinction, tentée également par Tilbury Fox, mais en sens contraire, puisque, pour lui, c'était précisément la décalvante qui était parasitaire (2), paraît malheureusement trop délicate pour pouvoir servir de base de conduite en pratique. Aussi bien, semble-t-il difficile d'insister sur cette différence d'aspect et d'en tirer quelques indications précises, puisque bien souvent on a pu constater chez le même sujet l'existence simultanée ou successive des deux variétés admises par Bazin (3), sans parler des cas intermédiaires.

(1) *Loc. cit.*, p. 717.

(2) Lailler. *Leçons sur les teignes*, p. 82.

(3) Celui-ci déclare lui-même avoir observé plusieurs fois la réunion des deux espèces sur une même tête. (*Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1862, p. 213.)

Nous ne croyons donc pas trop nous avancer en disant qu'il est impossible, en l'état actuel de nos connaissances, un cas de pelade étant donné, d'en affirmer l'origine parasitaire ou purement névropathique, et de cette constatation découle pour nous la nécessité de maintenir, jusqu'à nouvel ordre du moins, l'unité nosologique de cette affection, sauf, comme nous l'avons dit plus haut, à la délimiter de plus en plus exactement, et à distraire de son cadre certaines formes d'alopécie confondues jusqu'à ce jour avec elle.

## VII

Convient-il cependant de faire encore un pas dans cet essai d'analyse de l'étiologie de la pelade, et ne semble-t-il pas, qu'il y ait ici à se demander si cette double origine ne pourrait pas dériver parfois l'une de l'autre? Une pelade, en d'autres termes, d'origine intrinsèque et par conséquent non transmissible, peut-elle, dans certaines conditions, devenir contagieuse, et donner naissance à de nouveaux cas par l'intermédiaire de certains éléments figurés (mycoses ou microbes), inoffensifs par nature, et devenus nocifs en passant par le corps d'un individu malade? On nous pardonnera de ne pas nous engager plus avant dans un ordre d'idées aussi ardu, et touchant d'aussi près à la conception même de la pathologie générale, puisque il ne s'agit rien moins que de la spécificité des micro-organismes pathogènes.

Tout ce que nous pouvons dire est que l'histoire de l'épidémie du 15e dragons, de Libourne, serait peut-être de nature à faire croire qu'il peut se passer dans la pelade quelque chose d'analogue. Au moment où a éclaté cette épidémie (fin juin 1889), il existait au corps, depuis le mois d'octobre 1887, un cas de pelade très net, tour à tour guéri et récidivant, cas resté absolument stérile aussi bien à la

caserne qu'à l'infirmerie et l'hôpital, jusqu'au mois de mai 1888, c'est-à-dire *pendant huit mois*. A cette époque, trois autres cas sont découverts (un officier de l'état-major, l'officier d'habillement et un brigadier employé à l'habillement); mais, cette fois encore, l'épidémie ne s'étend pas et les choses restent encore en état pendant un an, lorsque, au mois de juin 1889, on en constate 12 cas nets et 12 suspects. Ceux-ci, on les isole, ce qui n'empèche pas d'en trouver 28 nouveaux en juillet.

L'exemple, du reste, nous le reconnaissons, est loin d'être absolument typique, le problème se compliquant à Libourne d'un autre facteur, l'existence d'une affection des poils chez les chevaux du régiment.

Or, si contrairement à ce qui s'est passé pour le Favus et l'herpès tonsurant au début même de la découverte de leur origine parasitaire (1), la question de la pelade chez les animaux a été relativement peu étudiée, et présente encore les nombreuses obscurités, qui semblent être inhérentes à tout ce qui touche à cette maladie, il n'en est pas moins vrai qu'on peut regarder comme démontré le fait même de son existence chez l'animal, et voilà plus de dix ans que M. Mégnin l'a constatée chez le cheval, et peut-être chez le veau (2).

Quant à la transmissibilité de l'animal à l'homme, ou réciproquement, outre le fait classique d'Hillairet (3) (six employés atteints tous de pelade, et ayant dans le bureau où ils travaillaient un chat malade, qui perdait tous ses

(1) Avant même, pourrait-on dire, puisque dès 1820, Ernst, vétérinaire de Zurich, avait constaté la transmission des dartres d'une vache à une jeune fille, sous forme d'herpès tonsurant. (Neuman : *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques* 1888, p. 250).

(2) *Communication à la Société de Biologie*, du 8 nov. 1879.

(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1874, p. 129.

poils, et qui était sans cesse blotti dans leurs casquettes), M. Besnier (1) rappelle qu'au dire de M. Goubaux, la pelade ne serait pas rare parmi les élèves de l'école d'Alfort.

Nous croyons cependant particulièrement intéressant le fait observé à Libourne d'une épidémie d'alopécie en aires, existant à la fois chez les hommes et les chevaux.

Que ces animaux eussent la pelade, le fait n'est guère douteux, et résulte clairement des constatations suivantes : « Comme morphologie (2), cette dépilation paraît iden-
» tique à la pelade humaine... La plaque est lisse, sans
» vésicule ou pustule aucune, les poils s'arrachent facile-
» ment sans se briser (3)... leur racine a la forme de
» crosse. »

L'examen microscopique, fait par M. Arnozan, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, démontrait, d'autre part, que les poils présentaient une atrophie marquée du bulbe, « mais on ne trouve de parasite, ni dans le poil, ni autour du poil. »

Maintenant les chevaux ont-ils transmis la maladie aux hommes, où l'inverse a-t-il eu lieu ? Cette dernière éventualité ressortirait, à moins de supposer une coïncidence bien extraordinaire du fait qu'il existait déjà sur plusieurs cavaliers des cas de pelade antérieurs à la maladie des chevaux, et la réciproque semble également probable, puisque M. l'Aide-vétérinaire, qui vivait en dehors des hommes

(1) *Rapport*, etc., p. 37.

(2) Bourguedieu. *Loc. cit.*, p. 24 et seq. L'aspect des plaques, d'après les lithographies annexées à cette thèse, semble en effet caractéristique.

(3) Il ne s'agissait donc pas de la tondante, et il ne saurait être question non plus de la variété décrite par M. Mégnin, comme causée par un *tricophyton epilans*. Dans ce cas, il est vrai, les poils seraient tombés entiers, mais ce n'eut été que consécutivement à une lésion pustulo-crustacée de la peau. V. *Recueil de médecine vétérinaire*, 1882, p. 1247.

atteints, fût contaminé *presque seul de tous les officiers*, et qu'il en fut de même d'un maréchal-ferrant.

Nous n'insisterons pas sur cette discussion, mais il n'en résulte pas moins qu'à Libourne, la pelade a régné simultanément chez l'homme et chez l'animal, et de ce fait se dégage naturellement une relation de cause à effet que nous tenions à mettre en lumière.

## VIII.

Le traitement de la pelade a du nécessairement varier avec les idées qui ont régné tour-à-tour en médecine sur sa nature et sa place nosologique. C'est ainsi que Bazin, pour ne pas remonter plus haut, qui la considérait comme une véritable teigne, la traitait comme telle, par l'épilation et les agents parasitaires, sublimé et turbith (1). Tel est aussi le fond du traitement conseillé par M. Hardy, qui y joint cependant des applications locales stimulantes, et une médication générale reconstituante ().

Les écoles étrangères, au contraire, qui ne voient dans l'alopécie en aires qu'une trophonévrose pure, se contentent d'employer les topiques excitants.

Ces divers traitements guérissaient, mais c'est peut-être à propos de cette maladie qu'on pourrait surtout dire, comme Unna pour la tricophytie : « Je n'ai pas guéri ces » enfants : ils ont guéri spontanément ». (3)

Kaposi notamment semble plus que sceptique à cet endroit. « La thérapeutique, dit-il (4), est impuissante contre » cette maladie... Le temps agit plus et mieux que tout ce

(1) *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, p. 227.

(2) *Loc. cit.*. p. 417.

(3) Au Congrès de dermatologie de Paris. *An. de derm.* 1889, p. 958.

(4) *Loc. cit.*, p. 169.

» qu'on peut faire ». MM. Besnier et Doyon déclarent pourtant dans leurs notes n'accepter cette proposition que dans une mesure déterminée, et prédisent plus de mécomptes que de succès au médecin, qui abandonnerait la Pelade à sa marche naturelle. Tout en admettant que la plupart des alopécies en aires guérissent spontanément, M. Vidal (1) n'est pas partisan non plus de l'abstention systématique, et rappelle lui aussi qu'on doit toujours compter avec la possibilité d'une alopécie persistante et plus tard définitive.

Il faut donc traiter la pelade. Sans revenir au surplus sur la nervosité particulière qu'on a cru remarquer chez les peladiques, il est certain que cette affection est pour eux une source de préoccupations vives, et qu'on les ferait difficilement se résigner à une expectation, qu'ils considéreraient à la fois comme une négligence et un aveu d'impuissance.

Est-il nécessaire d'employer l'épilation ? La question a son importance, pour le malade d'abord, et ensuite pour le médecin, obligé trop souvent d'opérer lui-même, et sur des sujets moins que dociles. MM Lailler, Vidal et Quinquand croient qu'on peut se dispenser d'avoir recours à cette extrémité, et la remplacent par la rasure (2), partielle, quand il n'y a qu'une plaque bien limitée, ou qu'on a des raisons particulières de conserver la chevelure (chez la femme par exemple), et totale dans le cas contraire. M. Besnier préfère faire circonscrire les plaques par un cercle d'épilation, s'étendant jusqu'au point où les cheveux cessent de venir sans difficulté sous la pince, pratique qui a au

(1) *Loc. cit.*, p. 720.

(2) Si *on n'épile pas l'ivoire;* il semble qu'il n'y ait pas lieu non plus de le raser davantage ; mais, d'une part, la plaque peladique est loin de présenter toujours une netteté éburnéenne, et de l'autre, qui dit « plaque » dit « espace circonscrit, et, dans l'espèce, circonscrit par des cheveux.

moins l'avantage de déceler d'un seul coup l'étendue exacte du mal.

Il ne parait donc pas y avoir là de règle absolue à poser, le parti à prendre pouvant varier selon les sujets et les circonstances, l'épilation cependant devant toujours être préférée en cas de pelade manifestement contagieuse.

Quelque soit le procédé adopté, le fond du traitement consiste dans l'application sur le cuir chevelu d'agents révulsifs ou excitants plus ou moins énergiques.

De ceux-ci, il est vrai, la liste pourrait être longue. Durhing à lui seul n'en cite pas moins de vingt-neuf bien comptés.

L'important est de ne pas dépasser le but, et d'amener une dermite profonde qui aurait comme conséquence une alopécie définitive cicatricielle, et c'est pour cette raison que doit être proscrite de la médication l'huile de croton, conseillée par M. Horand, même sous la forme mitigée employée par MM. Ladreit de Lacharrière et Descroizilles, malgré la tolérance particulière qu'aurait à ce sujet la plaque peladique, tolérance tellement spéciale que, d'après ce dernier, elle pourrait servir à l'occasion de moyen de diagnostic (1). C'est pour la même raison qu'on s'abstiendra également des préparations de chrysarobine, recommandées par Robinson (2), quelle que puisse être du reste leur action thérapeutique.

(1) *Pathologie et clinique infantile,* 1883, p. 765.

(2) D'après celui-ci, ce médicament agirait en provoquant une émigration des globules blancs dans les voies lymphatiques dans le but de faire s'exercer leur action malfaisante sur les *cocci. (An. de derm.* 1889, p. 471). On pensera sans doute, même si on adoptait la théorie du professeur de la Policlinique de New-York, que cette dermite profonde ne doit pas être sans inconvénients sur la vitalité du follicule pileux. Encore que, d'après M. le professeur Renaut, l'émigration des Leucocytes ne soit pas absolument caractéristique de l'inflammation, et se montre même dans l'hyperémie, la ligne de démarcation peut être ici trop facilement franchie pour inspirer une sécurité suffisante à cet égard.

Ce n'est pas cependant qu'il faille redouter d'une façon trop absolue les agents de révulsion, qui doivent constituer au contraire et constituent au fond le mode de traitement classique de la pelade, mais à une condition, c'est que l'irritation qu'ils pourront déterminer restera superficielle, et ne dépassera pas les couches les plus externes de l'épiderme.

C'est à ce titre que M. Vidal prescrit, depuis longtemps déja, des applications répétées de petits vésicatoires volants, débordant de quelques millimètres les limites de chacune des plaques alopéciques, et enlevés aussitôt que l'épiderme commence à se soulever. Malheureusement cette médication, malgré son incontestable efficacité, outre qu'elle ne peut s'appliquer qu'en cas de plaques peu nombreuses et bien limitées, est souvent acceptée avec répugnance par le malade, et son entourage, surtout à la campagne, où les vésicatoires à la tête sont particulièrement redoutés. Chacun sait, en effet, qu'ils jouissent de la propriété *d'y attirer les humeurs et d'y former des dépôts :* au bras, à la bonne heure. Il semble donc indiqué de réserver cette méthode à certaines formes particulièrement rebelles, et de la remplacer dans les cas ordinaires par les préparations de teinture de cantharides ou d'ammoniaque, associées au Baume de Fioraventi et à l'alcool camphré, suivant les formules recommandées depuis longtemps par M. Lailler, et employées également par MM. Vidal et Besnier (1), en ayant

(1) M. Besnier, pourtant, emploie plus souvent actuellement l'acide acétique associé, soit au chloroforme, soit au chloral et à l'éther sulfurique dans les proportions suivantes :

| | |
|---|---|
| Ether . . . . . . . . . . . . . . . | 25 gr |
| Chloral . . . . . . . . . . . . . . | 4 gr. |
| Acide acétique . . . . . . . . . . | 2 à 4 gr. |

Ce traitement a peut-être l'inconvénient d'être un peu douloureux pour certains sujets, qui semblent avoir à cet egard une susceptibilité particulière.

soin de les faire alterner avec des lotions de sublimé à 2/1000, et cela, avec l'idée de la possibilité parasitaire de la maladie, et dans le but de diminuer les chances de la contagion, en laissant de côté l'action spécifique que cet agent, d'après Lassar (1), aurait sur la croissance des cheveux (2).

Ces lotions stimulantes et parasiticides seront renouvelées, soit chaque jour, soit trois ou quatre fois par semaine, suivant la susceptibilité du cuir chevelu, l'agent employé et le point où en est arrivé la maladie, un traitement énergique étant surtout nécessaire pendant la période envahissante.

Il convient d'y ajouter pour la nuit des frictions prolongées (3) de pommade au soufre et au turbith, de 1 à 4 %, selon la formule de M. Besnier, qui y ajoute 10 % d'huile de bouleau blanc. Ce dernier produit, qui ne se trouve pas dans toutes les pharmacies, peut être, croyons-nous supprimé sans grand inconvénient, ou du moins, remplacé par portion égale d'huile de cade, n'était l'odeur désagréable de ce médicament.

(1) Celui-ci aurait même constaté une fois un développement fâcheux de poils sur le front d'une dame, après des lavages répétés au sublimé (!) *An. de derm.* 1889, p. 476.

(2) M. Quinquaud, dans le traitement de la pelade comme dans celui de la tondante, a substitué depuis quelque temps au sublimé un sel, tombé un peu dans le discrédit, sans doute pour avoir été proposé, il y a quelque trente ans, à titre de panacée pour toutes les maladies de la peau, l'iodure de chlorure de mercure, que M. Quinquaud formule ainsi qu'il suit :

| | |
|---|---|
| Biiodure d'hydrarg. . . . . . . | 0 gr. 20 |
| Bichlorure d'hydrarg. . . . . . | 1 gr. |
| Alcool. . . . . . . . . . . . . . | 40 gr. |
| Eau . . . . . . . . . . . . . . . | 250 gr. |

(3) De façon à opérer une sorte de massage.

En cas d'emploi de cette pommade, il y aurait alors lieu de faire procéder chaque matin, avant l'application stimulante, à « un savonnage exact de tout le cuir chevelu à » l'eau chaude et au savon, ou avec de la décoction chaude » et savonneuse de bois de Panama » (1).

Combien de temps doit durer le traitement ? Il est difficile de formuler de règle générale à ce sujet. Toujours est-il qu'il serait mauvais de l'interrompre, aussitôt que les cheveux commencent à repousser, mauvais pour le malade, puisque les récidives sont, sinon fréquentes, au moins possibles, et cela à longue échéance, et mauvais aussi pour son entourage, la pelade semblant conserver son pouvoir contagionnant jusqu'à la fin de son évolution. « Mon obser-« vation personnelle, dit à ce sujet M. Besnier (2), ne con-» corde pas, sur ce point, avec l'opinion classique la plus « généralement répandue, que le pouvoir contagieux dispa-» rait plus ou moins longtemps avant la guérison absolue » de la maladie » et il ajoute avoir vu plusieurs fois se produire des faits de contamination « à la fin d'un traite-» ment suivi depuis longtemps, et alors que la dernière plaque allait être recouverte ».

Il vaut donc mieux, sous tous les rapports, continuer pendant plusieurs mois encore les rasures, ou plutôt la coupe fréquente des cheveux (3) et les applications stimulantes, qu'il semble alors avoir intérêt à varier de temps en temps, chose facile, puisque, nous l'avons vu, le médecin n'a guère ici que l'embarras du choix.

(1) Besnier et Doyon. *Loc. cit.* (Note) II, p. 171.

(2) *Rapport*, etc., p. 39.

(3) Mode d'opérer que, d'une façon générale, Bazin préférait à la rasure. V. *Dict. encycl.*, cheveux (hygiène), p. 787. — Dans la pelade de la barbe au contraire la rasure devrait être plutôt conseillée jusqu'à la fin, à la fois comme traitement et comme moyen de dissimuler la maladie.

C'est également pendant cette période, qu'est surtout indiquée la nécessité d'un traitement général tonique et reconstituant, préparation de fer et de quinquina, huile de morue, arsenicaux, hydrothérapie, etc. (1), et même, s'il est possible, envoi aux eaux sulfureuses, chlorurées sodiques, arsenicales ou ferrugineuses, selon les indications fournies par l'état général et les antécédents du malade.

## IX

Resterait enfin une dernière question à traiter, et peut-être, sous certains rapports, la plus importante de toutes, celle des mesures prophylactiques à prendre contre l'extension de la maladie, et de la ligne de conduite à observer relativement aux peladiques, au point de vue de l'hygiène publique et de la fréquentation des écoles, mais ici nous ne pourrions que copier littéralement les conclusions du rapport approuvé par l'Académie en 1888.

La principale innovation qu'elles contiennent est la possibilité hautement affirmée de conserver dans la plupart des cas, et moyennant certaines précautions exposées de la façon la plus claire dans ce document, les jeunes peladiques dans les externats et même les internats, lorsque l'exclusion serait de nature à léser gravement les intérêts des élèves, c'est-à-dire, et surtout, quand il s'agit de jeunes gens arrivés à cette période de l'éducation, où toute interruption des études se trouve particulièrement fâcheuse, et peut risquer de compromettre l'avenir même des intéressés.

(1) L'électricité, sous forme de courants continus semblerait ici particulièrement indiquée, mais MM. Lailler (*Leçons etc.*, p. 94) et Besnier (*Notes* de Kaposi II p. 171) déclarent n'avoir jamais retiré de son emploi de résultats favorables.

Mais en même temps qu'il sauvegarde ainsi l'intérêt privé dans la mesure du possible, le rapport établit formellement (§ 9) que, dans tous les cas où des sujets peladiques, conservés par *tolérance*, deviendraient le point de départ de cas nouveaux, cette *tolérance* cesserait aussitôt, et qu'il y aurait lieu de prononcer de plein droit l'élimination immédiate de tous les malades, et cette recommandation est reproduite en termes identiques dans la circulaire adressée à ce sujet aux préfets par M. le Ministre de l'instruction publique, en date du 15 octobre 1888.

Si nous paraissons insister sur ce point, si nous avons tenu à rappeler ainsi cette dernière prescription, complétement obligé et correctif nécessaire de la règle libérale posée par l'Académie, c'est que nous sommes convaincu, et c'est par là que nous terminons ce travail, que la pelade, qui le plus souvent n'est pas contagieuse, l'est à un haut degré, quand elle l'est.



Nantes. — Imp. Moderne, 24, rue du Calvaire.

Herrn Dr Müller 2
Charlottenburg

Dr Louis Török

# ANATOMIE

DU

# LICHEN PLANUS

PAR

Le docteur Louis TÖRÖK.

Extrait du JOURNAL DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
AOUT-SEPTEMBRE 1889

CLERMONT (OISE)
IMPRIMERIE DAIX FRÈRES
PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

—

1890

# ANATOMIE

DU

# LICHEN PLANUS

PAR

**Le Dccteur Louis TÖRÖK**

---

Les recherches nouvelles sur l'anatomie du lichen planus ont unanimement démontré que tout dérive d'une modification inflammatoire des couches supérieures du chorion et que toutes les autres altérations, surtout celles décrites par les anciens, sont d'une nature secondaire. C'est le résultat principal des ouvrages de Weyl (1), de Kobner (2), de Bender (3), de Caspary (4), de Crocker (5) et de Robinson (6).

Weyl a trouvé avant tout l'infiltration dans les couches supérieures de l'épiderme ; ensuite se produisait l'infiltration des papilles ; *Koebner* trouva comme première manifestation des phénomènes d'inflammation dans les papilles accompagnées bientôt par une prolifération du réseau de Malpighi. Il trouva une infiltration diffuse, mais moins importante, dans la totalité du derme. *Bender* mentionne également une forte infiltration des papilles allongées et élargies. Il ne rencontra pourtant l'hypertrophie de l'épiderme que dans la périphérie de la papule. Dans le milieu de cette dernière les deux sont atrophiées. *Caspary* remarqua, outre l'infiltration des couches supérieures de l'épiderme, le soulèvement des couches entières de l'épithélium, qui, dans sa pensée, devait être imputé à un retrait, à une disparition du tissu conjonctif subépithélial infiltré.

D'après Crocker, le processus commence par une infiltration inflammatoire de la partie supérieure du chorion voisine du conduit excréteur des glandes sudoripares et produit ensuite un épaississement du réseau de Malpighi et l'allongement des papilles à la

(1) Ziemssen, *Manuel des maladies de la peau* 1, 1883.
(2) *Revue hebdomadaire clinique de Berlin* 1887, *n°* 20, 21.
(3) *Revue hebdomadaire clinique allemande,* 1887, *n°* 39.
(4) *Revue trimestrielle de dermatologie et de syphilis,* 1888, *p.* 159.
(5) *Maladies de la peau,* 1888, *p.* 217.
(6) *Journal des maladies cutanées et génito-urinaires,* 1889, 1, 2, 3.

suite du pullulement des prolongements interpapillaires de l'épithélium. Si l'infiltration est forte, l'épiderme, peu épaissi ou bien aminci au milieu de la papule, n'est que peu soulevé ; si l'inflammation est faible, l'épaississement des couches épineuses augmente. La compression exercée par cet épaississement de l'épithélium rend quelques papilles atrophiques.

*Robinson* observa en même temps l'infiltration nettement déterminée du chorion supérieur dans des papules nouvelles, un épaississement du réseau de Malpighi et un allongement des processus interpapillaires de l'épithélium qui était en partie tourné dans une direction horizontale. De même il manquait quelques processus ainsi que quelques papilles, tandis que d'autres étaient devenues plus grandes par suite de l'allongement des processus de l'épithélium. Dans les papules plus anciennes, toutes les couches de l'épiderme ont augmenté à l'exception de « l'ombilication » où la couche cornée est amincie. Les cellules de l'épithélium sont aplaties et se trouvent avec leur plus long diamètre dans une position horizontale.

Dans les papules plus anciennes, Robinson observa une infiltration moindre.

Dans les derniers mois, j'ai eu l'occasion d'observer 7 cas de lichen planus au point de vue histologique. Les papules qui étaient l'objet de mes recherches étaient de grandeurs différentes et en grande partie toutes jeunes.

Les plus petites étaient à peine aussi grosses que des grains de *pavot*, ne s'élevaient presque pas au-dessus du niveau de la peau et ne se distinguaient des parties avoisinantes que par leur éclat. Les autres étaient grosses comme des têtes d'épingle, ou bien un peu plus grosses, lisses ou avec une dépression centrale.

Les plus grosses avaient la taille de pois ou de lentilles.

J'ai eu aussi l'occasion d'observer quelques papules et une plaque annulaire d'un cas de lichen planus annulaire pur, où chaque papule prit peu à peu la forme annulaire et enfin encore une plaque orbiculaire d'un lichen planus.

Voici quels sont les résultats obtenus par ces recherches histologiques.

Les premières modifications se montrent dans le voisinage immédiat du réseau vasculaire subpapillaire.

Il se produit des cellules rondes, uninucléaires en nombre distinct autour des vaisseaux gonflés, et on remarque un œdème sous la forme d'espaces lymphatiques élargis.

Tandis que les modifications pathologiques atteignent en cet endroit toute leur intensité, l'infiltration monte suivant le cours des vaisseaux capillaires des papilles et devient plus prononcée dans les parties qui entourent les anses vasculaires, tandis qu'elle diminue vers la périphérie des papilles et épargne entièrement la couche subépithéliale (Grenzschichte d'Unna), à ce moment de

l'évolution. La densité des cellules rondes n'est pas excessivement forte dans ces jeunes papules. Entre elles on remarque encore les fibres du corps papillaire, les fentes lymphatiques élargies et les cellules fixes gonflées par l'œdème. Bientôt apparaissent des cellules ramifiées du pigment qui principalement se remarquent dans le voisinage des vaisseaux. L'infiltration des cellules rondes devient peu à peu plus importante et finit par remplir presque entièrement l'espace libre entre le réseau sous-papillaire des vaisseaux et l'*extrémité* inférieure de l'épithélium.

La couche subépithéliale est moins sujette aussi pendant cette période aux phénomènes de l'affection.

L'infiltration diffuse, correspondant à l'extension de la papule du lichen, est nettement déterminée à sa périphérie. Mais déjà à cette époque primitive de la maladie on voit çà et là l'infiltration s'enfoncer suivant le cours de quelques vaisseaux.

L'épithélium joue pendant ce temps un rôle entièrement passif : ses modifications sont liées aux altérations du corps papillaire.

Par suite des phénomènes que nous venons de décrire, le corps papillaire se gonfle d'une manière égale, l'épiderme restant entièrement passif et n'opposant aucun obstacle au changement de volume du corps papillaire.

Les papilles ne gonflent donc pas seules, mais encore la partie du corps papillaire située au-dessous d'elles et au-dessous des processus interpapillaires de l'épithélium et qui contient le réseau des vaisseaux subpapillaires.

Les papilles augmentent alors dans toutes les directions, aussi bien en hauteur qu'en largeur.

Par suite des modifications du corps papillaire et provoquées par elles, nous remarquons les différentes conditions du tissu épithélial qui sont liées à la compression, et à la tension dans la direction horizontale et à l'invasion de l'épiderme par l'œdème du chorion.

L'espace compris entre les papilles devient plus petit et plus resserré, les cônes épithéliaux interpapillaires, par suite, sont plus étroits et plus courts ; ils sont comprimés par le gonflement des papilles et un peu soulevés par l'effort du corps papillaire.

Leurs cellules deviennent par suite plus planes, ressemblant par endroits à des lamelles et leur plus long diamètre est dans une direction verticale.

A la pointe du cône, les cellules plates de l'épithélium sont souvent éloignées les unes des autres par les lacunes interépithéliales qui sont élargies par l'œdème et par suite les cônes de l'épithélium paraissent ramassés sur leurs bords.

Quelques cônes d'épithélium sont soulevés surtout à la périphérie de la papule et changent leur direction verticale en une direction horizontale.

Il est facile de voir que par ces modifications il sera assez diffi-

cile de distinguer les papilles les unes des autres. Les papilles voisines se rapprochent toujours davantage et finalement seulement leurs têtes hémisphériques s'élèvent d'un gonflement commun ou bien se réunissent complètement pour former une excroissance plus large, tandis que les cônes intermédiaires de l'épithélium disparaissent. Dans les dissections, la ligne serpigineuse ondulée ordinaire de séparation de l'extrémité papillaire de l'épithélium s'efface et à sa place apparaît une ligne de démarcation composée par des arcs plats et larges et même rectiligne par endroits.

Les lignes arquées mentionnées se trouvent empreintes d'une façon concave sur les papilles enflées : les angles suivant lesquels elles se coupent s'enfoncent comme des éperons entre les papilles gonflées.

Si l'on prépare une surface du corps papillaire de l'une de ces papilles du lichen, grosses comme une tête d'épingle, d'après la méthode de Philippson (*Revue mensuelle de dermatologie pratique* 1889), on peut se rendre compte facilement de ces rapports. Nous voyons, correspondant au milieu de la papule, des protubérances en forme de verrues, avec une infiltration manifeste des cellules rondes, et dont les proéminences arrondies sont séparées par des crénelures peu profondes. Autour d'elles, se trouvent des sillons de profondeur normale, et au bord de ceux-ci on trouve çà et là des papilles plus ou moins gonflées. A la partie épithéliale correspondant à la portion ci-devant décrite du derme, l'épiderme paraît aminci et ses crêtes abaissées.

L'épithélium qui s'étend sur la partie soulevée montre des altérations notables sur les coupes qui sont faciles à expliquer par la pression du corps papillaire et par le trait en direction horizontale, de sorte que l'épithélium sert à couvrir la surface agrandie par le gonflement. Les cellules inférieures *antérieurement* plus ou moins cylindriques sont devenues plus plates; leur forme est irrégulière, elles paraissent souvent se tenir sur l'arête comme si elles étaient inclinées vers la position horizontale : souvent aussi elles sont aplaties.

Les autres places de la couche épineuse contiennent des cellules plates, rhomboïdales et dont le diamètre le plus long se trouve dans une direction horizontale.

Un œdème inflammatoire modéré de l'épithélium se montre surtout par un élargissement de lacunes interépithéliales dans les couches inférieures principalement par un grand nombre de cellules migratrices dans ces dernières couches et, en outre, une coloration pâle des cellules épithéliales. L'inhibition des cellules empêche leur aplatissement complet.

On trouve ces modifications de l'épithélium plus frappantes dans les papules de durée courte et dont l'infiltration est plus dense. Quelques différences peuvent survenir dans le phénomène décrit. Il peut arriver que, par endroits, l'œdème se manifeste plus forte-

ment, sépare davantage les cellules des cônes interpapillaires, que les espaces lymphatiques de la couche épineuse soient fortement élargis, que les cellules et leur noyau se gonflent énormément, ainsi que l'espace périnucléaire dans d'autres cellules.

L'aplatissement des cellules devient alors à peine visible et se manifeste tout au plus à l'épithélium des processus interpapillaires. Si l'infiltration et l'œdème du corps papillaire sont moins manifestes et si le gonflement en est moins accentué, en un mot si les phénomènes inflammatoires du chorion sont moins sensibles, alors les modifications secondaires de l'épithélium ne sont plus aussi appréciables. Ainsi j'ai trouvé que dans le lichen annulaire, qui par ses caractères cliniques peut être aussi considéré comme la forme la plus légère du lichen planus, à part les altérations moindres du corps papillaire, l'épithélium de la couche épineuse n'est presque pas différent de la partie saine et les cellules de la couche cylindrique se développent encore bien.

Les prolongements interpapillaires de l'épithélium sont pourtant fortement raccourcis, en partie disparus et leurs cellules aplaties (1).

La couche granuleuse ne montre, en outre des modifications correspondant à celles de la couche épineuse précédemment décrites, aucune autre altération. La couche cornée placée au-dessus de la papule devient par la tension plus dense.

A la place d'une couche médiane *lâche*, en forme de *treillis*, nous remarquons des lamelles cornées parallèles cohérentes dans toute l'épaisseur du stratum cornéum. La partie médiane de la couche cornée a ainsi disparu.

Les altérations décrites jusqu'à présent sont principalement relatives à l'inflammation, elles nous expliquent quelques propriétés cliniques de la papule du lichen. A la papule nettement circonscrite, correspond une infiltration strictement limitée ; l'éclat est causé par le soulèvement, la tension, le placement parallèle des couches de l'épiderme et l'infiltration jointe à la tension est la cause de la fermeté de la papule.

Une propriété assez fréquente et assez remarquable des petites papules du lichen planus est une ombilication au centre en forme de point. Ce phénomène ne doit pas être confondu, ainsi que Crocker et Robinson le font remarquer, avec les enfoncements plus considérables des papules plus anciennes. Comme explication les savants anglais mettent en avant la desquamation d'un cône corné qui se forme dans la partie supérieure du canal excréteur d'une

(1) A cause des altérations du corps papillaire et du stratum épithélial, la cohésion devient entre eux naturellement moins forte et par suite l'épiderme se détache souvent dans le liquide fixatif ou se sépare du corps papillaire au moment où nous faisons nos coupes. Or, je crois que les phénomènes semblables décrits par Caspary ont la même cause, et il n'y a pas nécessité de recourir à la disparition de la couche papillaire sub-épithéliale.

glande sudoripare. On doit admettre que l'on trouve au milieu de beaucoup de petites papules le conduit d'une glande agrégée dont l'orifice paraît aussi quelquefois contenir une couche cornée épaisse. L'opinion des deux auteurs cités ne peut donc pas être rejeté. Mais il nous paraît vraisemblable que l'ombilication le plus souvent est provoquée par le fait que le centre de la papule est retenu par le conduit de la glande sudoripare, ayant son embouchure à cet endroit ou bien par un follicule se trouvant à cette place, tandis que les parties voisines sont soulevées par le corps papillaire pressant vers le haut.

Dans ces cas l'épithélium dans la partie supérieure du conduit excréteur paraît être tendu dans la direction verticale et en conséquence un peu aplati par le mouvement de la surface épithéliale qui se soulève et avec lequel la portion de son orifice est lié.

De plus, les cellules épineuses planes voisines sont placées en biais par rapport au conduit excréteur comme si elles suivaient le trait partant de cet endroit.

Les modifications décrites jusqu'à présent sont celles qui se remarquent depuis les premiers phénomènes visibles du lichen planus jusqu'au développement des papules de la grosseur d'une tête d'épingle environ.

Déjà, dans les papules que nous venons de mentionner, mais encore mieux dans les papules plus anciennes, outre l'infiltration importante du corps papillaire et l'infiltration moins importante des vaisseaux en dessous et à côté de la papule, nous trouvons le phénomène d'inflammation marchant un peu en profondeur. L'inflammation est étroitement liée au cours des vaisseaux, et au-dessous du réseau vasculaire sous-papillaire elle ne se transforme plus en infiltration diffuse.

On remarque que les parties voisines des follicules pileux, des glandes sébacées, des glomérules et de leurs conduits excréteurs sont plus ou moins remplies de cellules rondes.

En même temps on observe un grand nombre de cellules grasses (Mastzelle) autour des vaisseaux, surtout aux environs des glomérules.

L'épithélium demeure, comme nous l'avons vu, dans une passivité absolue pendant ces modifications de la papule. Je n'ai pu trouver aucune figure karyokinétique dans la plus grande partie des papules. Dans quelques-unes seulement, j'en ai remarqué de 1 à 3.

Si l'on rencontrait chez ces jeunes papules, dans l'état où je viens de les décrire, une véritable prolifération, ainsi que le prétendent Koebner, Bender, Crocker et Robinson, on devrait rencontrer souvent des divisions nucléaires.

Comme nous nous trouvons entièrement au commencement des modifications, nous devons admettre qu'un épaississement déjà visible de la couche épithéliale et l'allongement des cônes de l'épi-

thélium n'auraient pu se développer que dans un très court laps de temps. Les phénomènes de division du nucléus devraient donc arriver en grand nombre comme des signes visibles de cette prolifération.

La papule du lichen planus se modifie par la croissance ainsi que le prouvent les dissections d'un nodule, qui dans l'espace de deux mois et demi environ a grossi devant nos yeux de la dimension d'un point à celle d'un pois.

La papule en question était rouge pâle, bombée, de forme hémisphérique, sans ombilication, lisse, luisante et garnie de quelques petits points blancs.

A la coupe on remarquait une forte hypertrophie de l'épiderme qui pénétrait dans le chorion sous la forme de cônes très irréguliers, larges ou étroits. La surface inférieure de l'épiderme d'une autre papule semblable examinée d'après la méthode de Philippson, présentait au milieu un épaississement diffus de la couche épithéliale, figurant un plateau vers lequel s'élevaient les crêtes épithéliales voisines.

Dans la partie médiane épaissie correspondant aux papilles apparaissaient quelques dépressions plus ou moins profondes et quelques follicules pileux étaient visibles. La surface du corps papillaire contenait des papilles plus courtes correspondant à l'épaississement de l'épiderme.

Entre elles, des papilles plus grandes s'élevaient, et correspondaient avec les dépressions profondes dont nous avons parlé. Les bandes épithéliales les plus hautes et les plus larges avaient donné naissance entre les papilles à des sillons plus profonds et plus larges.

Les papilles elles-mêmes étaient inclinées vers le centre du nodule, ce qui laissait juger aussi de la forme des mailles entre les crêtes de l'épithélium. Avec l'hyperplasie de l'épithélium se montrent aussi un grand nombre de divisions du noyau. (J'en ai compté dans une préparation jusqu'à 36.)

La partie voisine du nodule qui à l'examen macroscopique se caractérisait par une infiltration plate, montre par endroits les modifications passives de l'épithélium dont nous avons déjà parlé, ou bien le phénomène commençant d'hyperplasie de l'épiderme devient visible à d'autres places par le retour de l'épithélium à la forme normale et l'accroissement du nombre des figures karyokinétiques. La couche cornée, surtout à la partie correspondant aux larges enfoncements de l'épithélium, est épaissie et s'allonge ici encore un peu plus bas. Je crois que les places couvertes de petits points blancs visibles à l'inspection macroscopique pourraient bien être ces perles cornées dont parlent quelques auteurs. Les phénomènes que Robinson appelle perles de l'épithélium, dans son excellente étude histologique du Lichen planus, ne sont à considérer, malgré la protestation de l'auteur cité, que comme des sec-

tions transversales et obliques d'entonnoirs des follicules pileux d'où il est possible que le poil soit bien tombé, ou n'était pas dans la direction de la section, ce qui peut arriver dans les cas de sections très obliques. J'ai observé des images semblables surtout dans les sections du bord élevé d'une plaque annulaire, deux ou trois à côté l'une de l'autre avec la tige pileuse coupée diagonalement au milieu. Les entonnoirs des follicules pileux sont ici très élargis et remplis de masses cornées concentriques et lamelleuses.

En dessous de l'épaississement décrit de l'épithélium, l'infiltration du corps papillaire s'est retirée dans le voisinage du réseau vasculaire où elle est cependant encore remarquable. Quelques papilles encore longues, mais atténuées par la prolifération de l'épithélium, sont encore plus riches en noyaux ; pourtant le nombre de cellules rondes a diminué et nous trouvons alors principalement des cellules fusiformes en partie pigmentées, surtout dans la région des anses papillaires. Autour de la pointe des cônes de l'épithélium se trouve une agglomération considérable de cellules rondes et les couches inférieures de l'épithélium en sont également plus ou moins remplies.

Tandis que la formation papillaire de la surface du chorion est lésée au commencement du lichen planus par le gonflement inflammatoire du corps papillaire et, par suite, par le rapprochement des papilles, par le raccourcissement et l'amincissement des dépressions interpapillaires dans la région de la papule, plus tard la pression causée par le développement de l'épithélium amène l'abaissement, voire même l'annihilation d'une partie des papilles.

Si l'épaississement est très régulier et égal, il produit souvent une ombilication de la grande papule, que j'ai eu l'occasion d'observer chez une papille de longue durée de la grandeur d'une lentille environ.

Boeck (1), à l'appui de ses recherches sur les papules, avait l'opinion suivante sur l'ombilication des nodules. Par suite de l'enflure du derme et du corps papillaire, les papilles, dans le milieu de la papule sont sujettes, ainsi que l'épiderme qui les recouvre, à une tension dans la direction horizontale et par suite les papilles en question s'aplatissent, tandis que l'épiderme aminci s'enfonce. Il montre que les restes des prolongements interpapillaires de l'épithélium prennent pour ainsi dire une direction centrifuge. Il attribue ensuite les phénomènes suivants à une nutrition défectueuse de l'épithélium causée par la gêne de l'adhérence de l'épiderme avec la surface cutanée, de façon à contribuer à l'atrophie et à l'amincissement de l'épithélium.

Boeck trouva le stratum corneum épaissi.

Les papules examinées par moi ne me permettent pas d'admettre ces explications. J'ai déjà montré que les papules plus avan-

(1) *Revue mensuelle de dermatologie pratique*, 1880, n° 10.

cées tendent à la prolifération de l'épithélium. La section de la papule ancienne que je viens de mentionner montrait la couche épineuse épaissie d'une manière diffuse. Cette couche se meut sur un corps papillaire toujours infiltré dont les papilles au milieu du nodule ne sont plus marquées que par des arcs très bas, puisqu'il n'existe ici que d'étroits et courts tronçons des prolongements de l'épiderme. A la périphérie de la papule se trouvaient des papilles bien formées. Les papilles médianes s'étaient abaissées beaucoup au-dessous du niveau des papilles périphériques. Ce phénomène doit être manifestement attribué à l'effet du stratum épithélial repoussant en arrière le corps papillaire. Tandis que les couches supérieures de l'épithélium tendent de plus en plus à une transformation cornée et ensuite se détachent, il se forme une ombilication au-dessus du corps papillaire affaissé. La circonstance par laquelle les cônes de l'épithélium, amincis et raccourcis, sont dirigés tangentiellement du centre à la périphérie de la papule (et j'ai remarqué le cas dans les jeunes et vieilles papules), trouve une explication vraisemblable dans le fait que les crêtes épithéliales en ces endroits cèdent dans la direction de la périphérie à une pression latérale plus forte du centre de la papule plus atteint par l'inflammation. J'ai trouvé aussi le stratum cornéum de cette papule épaissi. Les cellules de la couche épineuse étaient aussi un peu aplaties par la pression du corps papillaire toujours infiltré et par l'enserrement entre le corps papillaire et la couche cornée épaissie.

Des altérations dont souffre l'épithélium sous l'influence de l'enflure il résulte que, après la guérison spontanée des phénomènes du lichen, la structure normale papillaire ne se rétablit que partiellement.

Aux endroits où les crêtes de l'épithélium ont été entièrement détruites par la compression et la poussée en haut du chorion, il ne reparaît rien de leur forme primitive ; aux endroits où il en est encore resté des vestiges suffisants, il reparaît des cônes épithéliaux normaux et entourés de papilles. Dans les dissections d'un cas pur de lichen annulaire et d'une plaque annulaire de lichen plan, j'ai trouvé ainsi, correspondant à la partie centrale enfoncée et pigmentée, une pigmentation augmentée par endroits des couches inférieures de l'épithélium. De plus, j'ai trouvé des cellules pigmentaires, un nombre de cellules conjonctives un peu agrandies et jointes à une légère tortuosité des vaisseaux dans le chorion et par place il n'était plus possible d'apercevoir aucune papille.

Je veux enfin diriger l'attention sur les circonstances suivantes. J'ai déjà décrit les altérations de l'épithélium à la partie supérieure du conduit excréteur des glandes sudoripares, phénomène que je croyais devoir relier au fait que le conduit fixé au chorion est tendu par la couche épithéliale poussée en haut avec lequel il est raccordé par son extrémité supérieure.

Cette circonstance, jointe à la compression latérale des papilles enflées par lesquelles le conduit est lui-même comprimé, ainsi que les crêtes épithéliales, est la cause d'un obstacle à sa perméabilité, ce qui amène un élargissement des conduits du glomérule des glandes et de la partie inférieure du conduit excréteur. J'ai encore observé à Budapest une plaque ancienne de lichen, dans laquelle les conduits des glandes avaient pris un aspect entièrement kystique. La section transversale d'un conduit semblable était plus grande qu'un glomérule des reins, et l'épithélium pressé sur sa surface comme l'endothélium. Dans les cas présents je n'ai pas eu à constater de dilatation si grande. Il est aussi intéressant de constater que la membrane homogène des tubuli sudoripares est fortement épaissie. Mais je ne regarde pas comme une particularité spéciale au lichen planus les altérations que l'on considère dans les glandes sudoripares et que l'on peut rencontrer dans plusieurs cas pathologiques.

Une autre circonstance sur laquelle je ne peux rien avancer de positif se présenta dans deux cas de lichen planus, dans lesquels des papules en même temps qu'une infiltration dense contenaient des mottes homogènes de la grandeur d'un globule rouge du sang jusqu'à celle d'une cellule épithéliale luisante, se colorant bien avec l'éosine. Elles étaient rondes ou allongées, irrégulières, parfois contournées, comme si un faisceau du tissu conjonctif s'était altéré d'une manière spécifique. S'agissait-il là d'une métamorphose « hyaline » du tissu conjontif, ou de l'infiltration, ou de la déposition de ces corps homogènes dans l'infiltration, c'est ce que je ne pouvais pas décider. Dans quelques dissections de lichen planus annulaire, j'ai eu l'occasion de remarquer dans certains vaisseaux des mottes semblables adhérant aux parois.

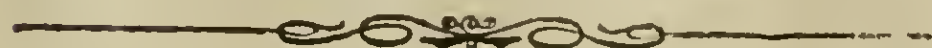
De tout ce qui a été dit il ressort : 1° que la papule du lichen plan ne manifeste son existence dans les premières phases que par les phénomènes d'inflammation sensibles dans les couches supérieures du chorion. A ce moment-là on ne peut pas encore parler d'une prolifération de l'épithélium. — Ou bien les phénomènes d'inflammation doivent s'étendre dans la périphérie pendant que les parties médianes, les premières atteintes par la maladie se guérissent (Lichen annulaire), ou bien il arrive, à la suite de l'affaiblissement des phénomènes inflammatoires dans les parties supérieures du chorion, une hyperplasie de l'épiderme.

2° L'ombilication des plus petites papilles est causée le plus souvent par le fait, que leur partie médiane est retenue en arrière par un conduit des glandes sudoripares, plus rarement par un follicule, tandis que les parties avoisinantes sont soulevées par le corps papillaire gonflé.

Les affaissements centraux des grosses papules sont causés par la dépression du corps papillaire produite par l'élargissement de l'épithélium, et par la cornéification et la desquamation de ses

parties supérieures. La surface enfoncée des plaques annulaires doit son existence à l'atrophie du corps papillaire.

Dans quelques papilles du lichen, on trouve de petits corps homogènes qui, probablement, doivent être regardés comme une transformation hyaline du tissu conjonctif ou de l'exsudat.



Clermont (Oise). — Imprimérie Daix frères, place Saint-André, 3.

**De waarde van den urethrometer van OTIS voor de diagnose van urethraal-stricturen van wijd kaliber,**

DOOR

Dr. T. BROES VAN DORT.

Overgedrukt uit het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1891. Deel I. No. 7.

# DE WAARDE VAN DEN URETHROMETER VAN *OTIS* VOOR DE DIAGNOSE VAN URETHRAAL-STRICTUREN VAN WIJD KALIBER,

DOOR

DR. T. BROES VAN DORT.

# DE WAARDE VAN DEN URETHROMETER VAN *OTIS* VOOR DE DIAGNOSE VAN URETHRAAL-STRICTUREN VAN WIJD KALIBER,

DOOR

DR. T. BROES VAN DORT.

---

Wanneer een patiënt op strictuur der urethra onderzocht wordt en de geneesheer, den gewonen loop van het onderzoek volgende, eindelijk een sonde van bijv. 24 CHARRIÈRE zonder moeite in de blaas brengt, dan pleegt de patiënt weggezonden te worden, met de verzekering, dat er geen strictuur aanwezig is. Toch heeft de geneesheer het recht niet, die verzekering te geven. Zal hij een strictuur geheel kunnen uitsluiten, dan dient hij, bij het stellen der diagnose, gebruik te maken van andere hulpmiddelen dan gewoonlijk geschiedt. Hoewel schijnbaar niets eenvoudiger zou zijn, dan dikkere sonden te gebruiken ter opsporing eener eventueel aanwezige strictuur, toch wordt men daarin verhinderd, deels door de weinige rekbaarheid van het orificium urethrae, deels door het feit, dat de urethra anterior, de gewone zetel der stricturen, achter veel wijder is dan voor, en men dus met een sonde, die het orificium en de pars pendula nauwelijks passeert, gemakkelijk een strictuur in het achterste gedeelte der urethra anterior over het hoofd ziet. Op laatstgenoemden grond is de bloedige verwijding van het orificium evenmin voldoende voor de diagnose der beginnende strictuur.

Een en ander leidde, vóór eenige jaren, den Amerikaan F. N. OTIS tot de vinding van zijn urethrometer. Hoewel dus dit werktuig geenszins nieuw is, zoo schijnt toch de toepassing er van zóó beperkt te zijn, dat ik FINGER in Weenen onlangs hoorde verzekeren, dat hij de eenige in Europa is, die het gebruikt.

Die beperkte toepassing leidt allicht tot het besluit, dat de urethrometer van twijfelachtig nut is en daarom wil ik, overtuigd van het tegendeel, trachten aan te toonen, dat het instrument van OTIS voor de diagnose van urethraal-stricturen van wijd kaliber veel waarde bezit, omdat men er de strictuur in haar begin mede herkennen kan.

Ik doe dit op grond èn van het feit, dat een zoo bevoegd beoordeelaar als FINGER, op de hem eigen duidelijke en rationeele wijze het nut van den urethrometer theoretisch en praktisch heeft aangetoond, èn van de kennismaking er mede, waartoe FINGER de bezoekers zijner policliniek welwillend in de gelegenheid stelt.

De urethrometer van OTIS is een recht, metalen instrument, dat aan het centrale einde van de verwijdende spoel en aan het peripherische einde van een schroef voorzien is, met welke laatste de verwijding en vernauwing van het spoelvormig gedeelte geregeld worden. De afstand tusschen schroef en spoel bedraagt ongeveer 25 cM. De omtrek van de spoel kan variëeren tusschen 20 en 50 CHARRIÈRE en wordt in die cijfers afgelezen van een wijzerplaat, in de nabijheid der schroef aangebracht. Iedere schroefdraai brengt ook den wijzer in beweging. Bij het invoeren van het instrument is de spoel bedekt met een caoutchouc kapje, ten einde een mogelijke inklemming van het slijmvlies tusschen de branches der spoel te voorkomen.

Alvorens nu het doel en de wijze van aanwending van den urethrometer van OTIS te bespreken, zij het mij vergund, de aandacht te vestigen op enkele physische verhoudingen der normale urethra, vooral wat betreft de wijdte en rekbaarheid. De opgaven daaromtrent loopen zeer uiteen en de antwoorden die men verkrijgt op de vraag: „Hoever kan de normale urethra gedilateerd worden zonder in te „scheuren?" zijn onderling zeer verschillend. Zulks is deels daardoor te verklaren, dat de eene onderzoeker op levenden, de andere op dooden experimenteerde, deels daardoor, dat men, na eenige oefening, stoutmoediger wordt in het dilateeren. Aan die laatste omstandigheid schrijve men ook het verschil in opgaven toe, hetwelk men vindt in een mededeeling van FINGER uit het begin van dit jaar en in die van October l. l.

FINGER geeft aan, dat de dilatabiliteit der pars bulbosa bij sommige personen, in normalen toestand, zonder moeite opgevoerd kan worden tot 45 CHARRIÈRE, daarentegen vond GUYON, tegelijkertijd resultaten van metingen door OTIS en SAPPEY aanhalende, evenals dezen lagere cijfers. In 37 gevallen vond hij de uiterste grens der dilatabiliteit ongeveer $10\frac{2}{3}$ mM. diameter, overeenkomende met ongeveer 38 CHARRIÈRE ($2\pi \times r$). In 26 gevallen was zelfs die uiterste grens overschreden, want hier en daar werden inscheuringen geconstateerd. Deze proeven waren op het cadaver genomen.

Hoewel men de methoden van onderzoek van FINGER en van GUYON c.s. eigenlijk, wat de resultaten aangaat, niet met elkander

vergelijken mag, omdat de instrumenten, waarmede geëxperimenteerd werd, onderling zooveel verschilden (urethrometer en BÉNIQUÉ's sonden) en bovendien de cijfers van den een op levenden, die van den ander op dooden betrekking hebben, zoo durf ik toch, op grond van FINGER's en mijn eigen ervaring, beweren, dat de cijfers van FINGER juist zijn. Deze, ontleend aan de resultaten der onderzoekingen op zijn vrij druk bezochte policliniek, zijn, immers voor het gebruik van den urethrometer, van meer waarde dan de cijfers van GUYON, die berusten op experimenten met BÉNIQUÉ's sonden, op cadavers gedaan. GUYON gebruikt den urethrometer niet.

Proefnemingen hebben ook aangetoond, dat de dilatabiliteit der normale urethra van den bulbus af tot achter de fossa navicularis geregeld, en van daar tot het orificium urethrae meer plotseling afneemt. Het orificium is het minst rekbaar.

Gaan wij nu in het kort na, welke verandering de pathologische toestand, dien wij strictura urethrae noemen en die haar ontstaan gewoonlijk aan chronische urethritis verschuldigd is, in de dilatabiliteit te weeg brengt, en hoe men die veranderingen met het aangegeven nstrument herkent.

Wanneer in een urethra, door circumscripte ziekelijke verandering der wanden, daar ter plaatse een vermindering der dilatabiliteit is ontstaan, dan heeft men het recht een strictuur aan te nemen, zij het dan meestal ook een van z. g. wijd kaliber. Het woord kaliber is overigens niet geheel juist. Eigenlijk heeft de urethra geen kaliber. In toestand van rust liggen de wanden der normale urethra geheel of bijna geheel tegen elkander, deels door den tonus der gladde spiervezels, deels door de elasticiteit van den urethraal-wand zelven.

Men kan zich gemakkelijk daarvan overtuigen, wannneer men met den urethroscoop de centraal-figuur bezichtigt. Alles nu wat de urethra passeert, hetzij de urine-straal, hetzij een sonde, hetzij een urethrometer, moet dus den urethraal-wand minder of meer uitzetten, moet dus weerstand, n. l. den spier-tonus en vooral de elasticiteit der wanden overwinnen om de urethra tot een zekere hoogte te dilateeren. Het ziekte-proces, dat aanleiding geven kan tot bovengenoemde omschreven verandering van den urethraal-wand en wijziging van diens physiologische eigenschappen, is de chronische urethritis. Ontstaat daaruit een strictuur (wij zien geheel af van traumatische vernauwingen), dan begint deze met kleincellige infiltratie en opvolgende hyperplasie van het in en onder het slijmvlies gelegen bindweefsel. Gaat het proces ongestoord zijn gang, dan gaat eindelijk het nieuwgevormde bindweefsel in een toestand van retractie over; men krijgt de ineenschrompeling. In het eerste geval heeft men de z.g. stricturen van wijd kaliber; in het laatste, met de overgangen daar tusschen, de stricturen in engeren zin. Beide gaan gepaard met vermindering der elasticiteit, dus ook der dilatabiliteit, de eerste in mindere, de laatste in veel sterker mate.

Ten einde een verlies aan rekbaarheid te kunnen constateeren, ga men uit van het feit, dat, bij een normale urethra de bulbus het meest rekbare deel is en dat, van den bulbus tot de fossa navicularis de rekbaarheid vrij geregeld, van hier tot het orificium meer plotseling afneemt. Voorts houde men vooral rekening met de groote individueele verschillen, wat de maten betreft.

Men heeft bijv. een normale urethra bij de volgende, in cijfers van CHARRIÈRE uitgedrukte maten:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bulbus | 45 | 40 | 35 | 30 |
| Vóór den bulbus | 43 | 35 | 30 | 28 |
| Midden der pars pendula | 38 | 30 | 28 | 26 |
| Fossa navicularis | 35 | 26 | 24 | 23 |

Daaruit blijkt, dat ook bij geringere rekbaarheid van den bulbus, de geregelde afneming naar het orificium toe het criterium voor de norm is en tevens, dat die afneming der rekbaarheid niet aan een vaste formule gebonden is.

Abnormaal is een toestand, waarin men de volgende maten vindt:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bulbus | 45 | 40 | 45 | **30** |
| Vóór den bulbus | **30** | **28** | 40 | 35 |
| Midden der pars pendula | 35 | 36 | **26** | 28 |
| Fossa navicularis | 32 | 30 | 30 | 26 |

De vette cijfers duiden de vernauwde plaatsen aan. De geregelde afneming der rekbaarheid in zulk een urethra is dus verstoord. Men vindt de elasticiteit verminderd, en drukt die vermindering in cijfers uit, welke de maat der vernauwde plaats aangeven. Voor de diagnose van zulk een abnormalen toestand zijn de gebruikelijke sondes onvoldoende, op gronden reeds vroeger vermeld en dient men dus zijn toevlucht te nemen tot andere instrumenten, van welke tot nu toe de urethrometer van OTIS de beste is. Hoewel de urethrometer van WEIR en de onlangs aangekondigde urethrograaf van STEWART misschien bij dien van OTIS weinig of niet achterstaan, zoo geeft toch de beschrijving geen aanleiding om aan te nemen, dat zij de voorkeur verdienen boven het instrument van OTIS. De wijze, waarop men met den urethrometer de afwijkingen tracht te herkennen, is de volgende:

Het instrument wordt, bedekt met de caoutchouc-kap, gesloten ingebracht tot in den bulbus en daar wordt de spoel langzaam zoover geopend, als gemakkelijk en zonder pijn geschiedt. Men constateert dan de dilatabiliteit van den bulbus, die in normalen toestand tot 45 CHARRIÈRE, soms nog meer, kan bedragen. Vervolgens wordt de spoel weer, hoewel niet geheel, gesloten. Dit sluiten geschiedt om te voorkomen, dat het zich nauw om de spoel sluitende slijmvlies

wordt medegetrokken, en om het daardoor ontstaan van instulpingen en erosies te vermijden. FINGER beveelt nu aan, den ietwat gesloten urethrometer zoover naar voren te bewegen als de lengte van het spoelvormig gedeelte bedraagt, d. i. ongeveer 2½ cM. Het komt mij evenwel voor, dat men dan kans heeft pathologische processen over het hoofd te zien, en daarom is het ongetwijfeld beter op dien weg van 2½ cM. nog eens te dilateeren.

De plaatsen, die te weinig dilatabiliteit bezitten, de zetels der strictuur dus, kan men alleen met zekerheid aanwijzen door aan te toonen, dat vóór en achter zulk een plaats, de dilatabiliteit grooter is dan op de plaats zelve. Vindt men bijv. hier of daar 28 CHARRIÈRE en kan men voor en achter die plaats tot 35 dilateeren, dan kan men zeker zijn, dat bij 28 zich een vernauwing in de urethra bevindt. Met het zelfde werktuig kan men ook de lengte der strictuur bepalen.

De gevaren voor inscheuring van slijmvlies en submucosa, op de gezonde plaatsen kan men vermijden, door de dilatatie slechts zeer langzaam en allengs te bewerkstelligen en vooral niet voort te gaan, wanneer de patiënten over meer dan gewone pijn klagen. Op plaatsen, waar de vernauwing zich nog in het tijdperk der kleincellige infiltratie bevindt, hebben de urethraal-wanden niet zooveel van hun elasticiteit verloren en laten zij zich, zonder gevaar voor inscheuring, wel zoover dilateeren als voldoende is voor het stellen der diagnose. Is de vernauwing van ouden datum en zijn de urethraal-wanden rigide, dan doet een kleine inscheuring, op later aan te voeren gronden, meer goed dan kwaad. De hoofdzaak bij het onderzoek met den urethrometer is, dat men constateere, dat de bulbus het meest rekbare deel der urethra is en dat de rekbaarheid allengs en gelijkmatig naar voren toe afneemt. Iedere plotselinge verandering is abnormaal.

Tot vroegtijdige diagnose der stricturen van wijd kaliber komt men òf toevallig, òf door, tijdens de behandeling der chronische urethritis, af en toe een urethrometrisch onderzoek in te stellen. De sexueele neurasthenieën toch, die aanleiding genoeg opleveren tot nauwkeurig onderzoek, plegen niet in de vroege tijdperken der urethritis op te treden.

Het is een zeer natuurlijk verschijnsel dat, bij de beschouwingen omtrent de waarde van den urethrometer, als van zelf bij velen de vraag oprijst, of vroegtijdige diagnose en behandeling eener strictuur wel zoo noodzakelijk zijn; te meer, omdat een vernauwing al vrij erg moet wezen om mechanische beletselen te veroorzaken en tot consecutieve aandoening van hooger gelegen organen te voeren. Bovendien zou het tijdig genoeg zijn, wanneer men handelend op gaat treden op het tijdstip, dat de vernauwing bijv. 22 CHARRIÈRE heeft bereikt. Neemt men evenwel in aanmerking, dat de eerste pathologische veranderingen van den urethraal-wand bij chronische urethritis, de meest voorkomende oorzaak van stricturen, bestaan in kleincellige bindweefsel-infiltraties, gevolgd door bindweefsel-hyperplasie, met vrij

week en rekbaar weefsel, dan kan men zich voorstellen, dat een zoodanig weefsel gemakkelijker tot den normalen toestand kan teruggebracht worden, dan een, dat rigide geworden is, zooals in het latere tijdperk, dat der litteekenvorming, der vernauwing in strictiori sensu, geschiedt.

Een, gedurende het eerste tijdperk der strictuur, doelmatig aangebrachte behandeling, voorkomt dikwijls den overgang in het tweede tijdperk, waarin de strictuur, al is zij belangrijk verbeterd, zulk een groote neiging tot recidiveeren heeft.

Hoewel de titel dezer bijdrage het niet aankondigt, veroorloof ik mij toch een kort woord omtrent de therapie der wijde stricturen. Uit onze beschouwingen volgt, dat men deze niet op de gewone wijze met sonden kan behandelen, tenzij in die gevallen, waarin men een vernauwing van bijv. 25 CHARRIÈRE vindt en die, met of zonder splijting van het orificium, tot op 30 dilateeren wil. Evenmin zal de toepassing van adstringentia door middel van GUYON's instillator, ULTZMANN's spuitje, DITTEL's porte-remède, of de meer locale behandeling met behulp met den urethroscoop, bevredigende resultaten opleveren. Wij hebben hier toch niet alleen met de mucosa, doch in veel grooter mate met de submucosa en nog dieper liggende weefsels te doen. Voor de hand lag de gedachte om de resorptie der infiltraten te verkrijgen door een soort massage, door druk, door dilatatie. Daarop zich grondende heeft OTIS zijn *dilating urethrotoom*, heeft OBERLÄNDER zijn dilatatoren aangegeven. Het eerste instrument werkt, zooals de naam aangeeft, dilateerend en snijdend. De dilatatoren van OBERLÄNDER zijn vervaardigd naar het principe van OTIS' urethrometer: men leest de maat der dilatatie van een wijzerplaat af. Bij die dilatatie komt het dikwijls, al of niet met opzet, tot kleine inscheuringen van den urethraal-wand. Daarop volgt gewoonlijk een reactieve ontsteking, die zeer gewenscht is, een verweeking der omliggende infiltraten veroorzaakt en de resorptie er van bevordert. Men kan met den urethroscoop constateeren, dat in den omtrek der inscheuringen het tot stand komen van genezing, de vorming van litteeken-weefsel, het eerst plaatst heeft (OBERLÄNDER).

Verdere uitwijding omtrent de therapie der stricturen van wijd kaliber zou hier overbodig zijn en een wanverhouding veroorzaken tusschen titel en inhoud dezer bijdrage. Alleen wensch ik ten slotte te releveeren dat, zoo de urethrometer in Europa zijn weg vindt, dan voorzeker aan FINGER in *Weenen* de eer toekomt daartoe met woord en daad het meest te hebben bijgedragen.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*, Jaargang 1891, 1ste Deel).

**Eczema tuberculosum.** — In een voordracht (*Monatschrift f. praktische Dermatologie*, Bd. XII, n⁰. 8, 1891) over de aanwending van tuberculine bij lupus, vestigt UNNA de aandacht op de groote waarde van KOCH's geneesmiddel als diagnosticum. Vooral interesseerde het hem te weten te komen, of hij door middel van de tuberculine zou kunnen aantoonen, dat het door hem als specifiek aangenomen tuberculeuse eczeem in werkelijkheid als zoodanig bestaat, en dus van de aanwezigheid van tuberkel-bacillen in de huid af hankelijk is, zonder dat elders tuberkel-bacillen aanwezig behoeven te zijn. UNNA meent daarin geslaagd te zijn.

Vooraf wijst hij op het, bij kinderen veelvuldig voorkomende, z.g. scrofuleuse eczeem. Sedert evenwel door KOCH's ontdekkingen gebleken is, dat er geen scrofulose, onafhankelijk van tuberculose, bestaat, heeft men vrij wat meer beteekenis te hechten aan het begrip „scrofuleus eczeem", wordt het meer en meer waarschijnlijk, dat bedoeld eczeem veroorzaakt wordt door tuberkel-bacillen, en dus met recht een tuberculeus eczeem genoemd mag worden.

Wanneer typische tuberculeuse eczemen op inspuiting met tuberculine wèl, en andere, bijv. typisch seborrhoïsche daarop niet reageeren, dan beschouwt UNNA twijfel aan de tuberculeuse natuur van het eerste als niet meer mogelijk.

Het tuberculeuse eczeem in bovenbedoelden zin komt bijna alleen bij kinderen, zelden bij jonge lieden, nooit bij ouderen voor. Het begint steeds in den omtrek der slijmvlies-overgangen (neus, mond, oogen, ooren) en sluit zich aan een (ook reeds verdachte) rhinitis, conjunctivitis phlyctaenulosa, keratitis, otitis media aan. Steeds bestaan oedeem, benevens een eigenaardige (polsterartige) zachte, later harder wordende zwelling der zieke gedeelten der huid, vooral van de onderste oogleden, de bovenlip en den hals onder de ooren. Nooit ontbreekt sterke zwelling der nabijgelegen lymph-klieren, die op het gevoel zachter en veel grooter zijn, dan de harde klieren in den nek bij vele vormen van eczema seborrhoïcum der behaarde huid van het hoofd.

De primair-efflorescenties zijn geen typische blaasjes of papeltjes, doch vlakke groote blazen. Deze verdrogen spoedig tot korsten, die afvallen, waarbij veel vocht te voorschijn komt en waarover zich spoedig weder dikke gele en bruine korsten vormen,

In tegenstelling met het seborrhoïsche eczeem jeukt het weinig of niet.

Unna had 7 gevallen van bovenbeschreven eczeem ter beschikking en grondt nu zijn meening omtrent den tuberculeusen aard ervan op het feit, dat alle 7 gevallen op de inspuiting met tuberculine reageerden. In 7 gevallen van typisch eczema seborrhoïcum ontstond noch plaatselijke, noch algemeene reactie. Interessant is een geval, waar in het gelaat een typisch tuberculeus en op het hoofd een typisch seborrhoïsch eczeem aanwezig was. Het eerste reageerde onmiddellijk, het laatste in het geheel niet.

De resultaten der inspuiting gaven unna aanleiding, om met het eczeem tevens de phlyctaenulaire conjunctivitis, de keratitis, rhinitis en otitis als tuberculeuse catarrhen het (eczeem van de huid, de overige van de slijmvliezen) te beschouwen.

Ook omtrent den aard der reactie laat unna zich uit.

Hij neemt aan het bestaan eener z.g. „negatieve reactie". Het viel hem namelijk op na inspuitingen van tuberculine, dat zich bij restes van lupus-infiltraten, vooral op de extremiteiten, een duidelijke verkleining der infiltraten voordeed, zonder dat daar ter plaatse een werkelijke reactieve hyperaemie bestaan had. Die waarneming werd zoo dikwijls gedaan (echter niet zoozeer bij floride onbehandelde lupus-gevallen, als bij restes van lupus), dat unna een „anaemische „Besserung" der lupus-infiltraten aanneemt en ook het, zooals unna zelf erkent, niet-logische begrip van „negatieve reactie". Dat nietlogische heeft meer op den vorm der uitdrukking, dan op het feit zelf betrekking. Ieder begrijpt de beteekenis.

Een dergelijke reactie nu komt ook voor na de inspuitingen bij het tuberculeuse eczeem. Er is niet genoeg tuberculeus weefsel voorhanden, om met een ontstekingshyperaemie op de ingespoten tuberculine te reageeren. Het komt tot gewone resorptie, tot een soort anaemische verdroging, en wel des te spoediger en volkomener, naarmate de voedingsbodem meer ongeschikt is voor de ontwikkeling van den tuberkel-bacil. De huid verkeert in dat opzicht in andere condities dan de slijmvliezen en is geen gunstige bodem voor de ontwikkeling van den tuberkel-bacil. Dr. t. broes van dort.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*, Jaarg. 1891, 2de Deel).

# GONOCOCCEN-INFECTIE BIJ EEN TWEEJARIG MEISJE,

DOOR

Dr. T. BROES VAN DORT.

---

Hoewel onderstaande mededeeling betrekking heeft op een feit, dat misschien niet zoo zeldzaam voorkomt als wel eens aangenomen wordt, zoo meende ik toch, dat de vermelding er van nuttig kon zijn uit een maatschappelijk oogpunt, daar het hier betrof de infectie van een kind door een dienstbode.

Ongeveer drie weken geleden werd ik geconsulteerd door een jong meisje, dat, volgens haar zeggen, eenige dagen te voren op het ijs was gevallen en zich daarbij aan de genitalia had bezeerd. Bij het onderzoek, dat ik instelde, bleek mij, dat er wel gevolgen van een „val" aanwezig waren, doch niet van een val in den zin, dien het meisje bedoelde. Ik vond namelijk rechts onder het labium minus twee ulcera, benevens een in de achterste commissuur. Zij waren vrij scherp omschreven, vertoonden weinig meer van een spekachtigen bodem, doch begonnen reeds te granuleeren. De liesklieren waren op de voor zachte chankers eigenaardige wijze gezwollen, voornamelijk rechts. In de nabijheid der ulcera kon ik hier en daar de aanwezigheid van condylomata acuminata constateeren. Bij het drukken op de urethra gelukte het een weinig etter te voorschijn te brengen, die bij onderzoek bleek nog vrij veel gonococcen te bevatten. Het ziekte-proces had dus blijkbaar eenigen tijd geduurd, zooals het meisje dan ook toegaf.

Een paar weken daarna kwam een vrouw mij raadplegen over een tweejarig meisje, lijdende aan etterige uitvloeiing uit de vagina. Bij onderzoek bleek mij, dat het kind een vulvitis en een urethritis had en wel, naar de groote hoeveelheid etter te oordeelen, in vrij hevige mate. Bovendien kon men uit de pijn bij het urineeren en de af en toe bestaande haematurie besluiten, dat de blaas ook in het ziekte-proces deelde. Intusschen toonde het bacteriologisch onderzoek in den etter een groote menigte gonococcen

aan. De oorzaak was niet ver te zoeken. Het meisje, zoo even vermeld, was een tante van het kind, woonde tijdelijk als dienstbode bij haar zuster in huis en verzorgde de kleine, gedurende een ziekte der moeder. Het kind was dus, behalve aan de urethritis met hare gevolgen, nog blootgesteld aan de mogelijkheid eener blennorrhagische ophthalmie.

Hoewel bij dergelijke feiten eigenlijk iedere commentaar overbodig is, zoo wensch ik er toch nog een korte beschouwing aan vast te knoopen. Ieder zal moeten toegeven, dat wij over het algemeen veel te weinig gewoon zijn op den gezondheidstoestand onzer dienstboden acht te slaan. Al ware het niet reeds uit een humanitair oogpunt geboden, dat wij anders handelden, dan is het toch zeker in het belang van het huisgezin, dat de dienstboden, die daarin verkeeren, niet aan infectieuse ziekten lijden; in het belang der dienstboden rust op ons de wederkeerige verplichting hen te beschutten, voor welke bacillen het dan ook zij.

Weliswaar brengt de tegenwoordige inrichting onzer maatschappij niet mede, dat er een onderzoek wordt ingesteld naar den gezondheidstoestand der dienstboden, die ons huis betreden, en het zij dan ook ver van mij, dat ik zulks verlangen zou, althans wat het onderzoek naar eventueele syphilis of virulente blennorrhagie betreft. Doch er kunnen zich gevallen voordoen, dat er aanleiding bestaat twijfel omtrent den gezondheidstoestand der dienstboden te koesteren, en dan is men tegenover zijn omgeving verplicht te trachten zich zekerheid te verschaffen, al zullen, afgezien van andere ziekten, zooals tuberculose, kanker enz., de gevallen, waarin aanleiding bestaat tot vermoedens, zelden op virulente blennorrhagie, doch veel meer op syphilis betrekking hebben.

Wat het praeventieve onderzoek naar den gezondheidstoestand betreft, dit heeft en had reeds lang zijn analogie in het onderzoek naar den gezondheidstoestand der min.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*, Jaarg. 1891, 1ste Deel).

# UIT DE CLINIEK VAN Dr. UNNA,

DOOR

Dr. W. VAN HOORN,

*te Amsterdam.*

# UIT DE CLINIEK VAN Dr. UNNA,

DOOR

Dr. W. VAN HOORN,

*te Amsterdam.*

Onlangs was ik in de gelegenheid gedurende eenigen tijd Dr. UNNA's cliniek en de inrichtingen daaraan verbonden te bezoeken. Hetgeen ik daar zag en hoorde kwam mij belangrijk genoeg voor om iets er van in wijderen kring mee te deelen.

Vooraf zij het mij vergund een korte beschrijving te geven van de dermatologische kolonie, waarvan de bekende Hamburgsche arts het hoofd is.

Hij verpleegde aanvankelijk enkelen zijner onvermogende patiënten in een huis te Hamburg nabij zijn woning gelegen. Nadat het noodig was geworden om ook betalende patiënten op te nemen, was de beschikbare ruimte weldra te klein.

Dr. UNNA besloot toen tot de stichting in een der voorsteden, van een eigen cliniek, die thans zich heeft ontwikkeld tot een inrichting, waarvan men wellicht in de geheele wereld te vergeefs de weerga zou zoeken. Ongeveer een uur gaans van Hamburgs centrum, doch gemakkelijk per tram te bereiken, zijn in een oud park, in elkaars onmiddellijke nabijheid, vier villa's gebouwd. Een dezer kan ongeveer veertig bedden bevatten, voor drie klassen van patiënten. Een aangrenzend gebouw bevat gelijkvloers bibliotheek en operatie-kamer, terwijl de overige vertrekken bij te grooten toevloed als patiënten-kamers worden gebruikt.

Dr. UNNA bewoont met zijn familie het derde huis. Het vierde bevat verschillende laboratoria, photographisch atelier en woningen voor leerlingen.

Voor leerlingen werden deze laboratoria ruim twee jaar geleden opengesteld; en wel met beperking der toelating tot hen, die hun academische opleiding reeds hadden voltooid. Sedert dien tijd zijn hier ongeveer dertig artsen uit verschillende landen werkzaam geweest; twee van hen, VON DÜRING en TOMMASOLI, bekleeden thans het hoogleeraars-ambt resp. te Constantinopel en te Modena.

Gedurende mijn verblijf in Hamburg waren er slechts weinig laboranten, maar

in het voorjaar hadden er zeven gewerkt onder leiding van twee assistenten, een voor histologie, Dr. TÖROK, en een voor bacteriologie, Dr. VON SEHLEN. Beider betrekkingen zijn thans vacant. Ik vernam, dat Dr. UNNA het voornemen heeft, in het vervolg alleen leerlingen aan te nemen, die zich willen verbinden om minstens een jaar te blijven.

De onmiddellijke zorg voor de cliniek is toevertrouwd aan een inwonend assistent; bovendien heeft Dr. UNNA sedert Januari jl. een assistent in de stad, die de geheele particuliere praktijk voor zijn chef waarneemt en over diens hulp alleen vier dagen in de week, gedurende twee morgenuren, kan beschikken. Men vertelde mij, dat Dr. UNNA's praktijk te Hamburg door deze regeling nog was toegenomen. Het meest echter wordt hierdoor zijn wetenschappelijke arbeid gebaat, daar hij, gedurende drie dagen, geheel ongestoord, zich er aan kan wijden.

Op de schouders van laatstgenoemden assistent rust ook de zorg voor de policliniek, die echter niet veel beteekent — het materiaal van mijn hooggeschatten voormaligen chef, Prof. VAN HAREN NOMAN, is misschien zes of zeven maal zoo groot —, gedeeltelijk gevolg van ongunstige ligging, gedeeltelijk wellicht van verwaarloozing door een vroegeren assistent. Waarschijnlijk zal deze toestand slechts tijdelijk zijn, daar de tegenwoordige titularis ijver en geschiktheid genoeg schijnt te bezitten om een policliniek tot bloei te brengen.

In het gebouw dezer policliniek houdt Dr. UNNA, elken Dinsdagavond, voor zijn leerlingen een theoretische voordracht, voorafgegaan door de bespreking van enkele der aanwezige gevallen. Den Vrijdagavond volgt in het laboratorium een microscopische demonstratie van praeparaten betrekking hebbende op de voordracht van Dinsdag.

Tijdens mijn verblijf zag ik zoowel belangrijke gevallen, als merkwaardige behandelingsmethoden, welke laatste voor een deel berusten op eigenaardige inzichten van Dr. UNNA, wat betreft het wezen van sommige huidziekten.

Als we afzien van het meer algemeen bekende, zooals lepra– en lichenplanus–behandeling, trekken, onder de eigenaardige therapeutische methoden van UNNA, hoofdzakelijk die de aandacht, welke betrekking hebben op *eczema*, *acne vulgaris* en *rosacea*.

Voordat ik verder ga, moet ik er even op wijzen, dat het mijn bedoeling niet is, een critische beschouwing te leveren. Ik wil alleen trachten weer te geven, wat ik omtrent UNNA's inzichten vernam, en kan nog mededeelen, dat ik, om vergissing te vermijden, de hoofdpunten van dit verslag aan UNNA zelf heb voorgelezen. Voor de uitvoerige en nauwgezette mededeelingen, die mij tot de samenstelling er van in staat stelden, ben ik veel verplicht aan zijn assistent Dr. LEISTIKOW.

I. UNNA kent alleen chronische eczemen, en beschouwt de zoogenaamde acute slechts als exacerbaties van een chronisch proces.

II. Met uitzondering van hetgeen hij noemt *eczema nervosum*, houdt UNNA alle eczemen voor parasitaire huidziekten.

III. Bijna alle door hem „parasitair" geheeten eczemen, alle gevallen van *acne vulgaris*, *rosacea*, en zelfs de meeste *psoriasis* brengt UNNA in aetiologisch verband met seborrhoe en beweert, dat in dergelijke gevallen, behalve de andere symptomen, steeds meer of minder schilfering op het hoofd is waar

te nemen, als bewijs van een reeds vroeger bestaan hebbende seborrhoe, waaruit de overige verschijnselen zich hebben ontwikkeld. Hij zondert alleen uit zijn *eczema scrophuloticum* of *tuberculoticum*, een gering aantal locale eczemen, en wellicht die *psoriasis*-gevallen, die beperkt blijven tot ellebogen en knieën.

De eerste vorm komt alleen bij kinderen voor, en is daardoor gekenmerkt, dat het exantheem begint aan het hoofd, aan de grenzen van huid en slijmvliezen, dat het bij voorkeur een erythemateus karakter heeft, neiging toont tot vochtig worden en korstvorming, dat het tot oedeem leidt en vergezeld gaat van scrophuleuse of tuberculeuse aandoeningen van oogen, ooren, neus of lymphklieren. Het bestaan van andere parasitaire vormen, die niet teruggebracht kunnen worden tot zijn *eczema ceborrhoïcum*, wordt niet door UNNA geloochend, maar het aantal daarvan, door hem geobserveerd, ziet hij elk jaar relatief kleiner worden, en het aantal der gevallen, waarbij hij *eczema seborrhoïcum* meent te moeten diagnostiseeren, wordt daarentegen steeds relatief grooter.

De gevolgen, die deze inzichten hebben gehad voor UNNA's therapie, kan men zich voorstellen. Sublata causa — tollitur effectus. Zij is, in het algemeen, direct en indirect gericht tegen de onderstelde parasieten. Maar bovendien geldt als vaste regel, bij de behandeling van alle vermelde ziekten, dat het hoofd eerst, of tegelijkertijd, behandeld wordt wegens seborrhoe, zelfs indien slechts enkele schilfers wijzen op een hoogst onbeduidende *pityriasis capillitii.*

UNNA's seborrhoe-behandeling bestaat in wasschen met HEBRA's spiritus saponatus kalinus, gevolgd door een pommade, die zwavel bevat, resorcine, of beide. De behandeling van het exantheem, waarvoor de hulp werd ingeroepen, moet voor elk afzonderlijk worden besproken.

Als middelen tegen allerlei huidziekten zag ik met voorliefde gebruiken: oxydum zinci, zwavel, ichthyol, resorcine, chrysarobine, pyrogallol, teer, zwaveligzuur; verder ook: salicylzuur, waterstof-superoxyde, bismuth- en kwikverbindingen. Als applicatie-vormen zijn nog steeds zeer in aanzien de bekende „Salben-" en „Pflastermulle" en de lijmverbanden. Bovendien worden allerlei wijzigingen van LASSAR's pasta vaak aangewend en wordt de eigenschap van lanoline, om veel water te binden, gebruikt om vloeistoffen, als aqua calcis, solutio bisulfitis calcici, waterstof-superoxyde enz., in ruime hoeveelheid in zalven te brengen 1).

De behandeling van *eczema seborrhoïcum* is verschillend, naar glang van de hevigheid der ontstekingsverschijnselen, en ook naar den zetel. Vertoont een eczeem bij kinderen, of aan het hoofd bij volwassenen, acute symptomen, dan begint men met „Salbenmulle", en wel eerst zinkoxyde of zinkoxyde-ichthyol, en daarna zinkoxyde-zwavel. Daarop volgt dan een gewijzigde LASSAR's pasta, waarin, behalve zinkoxyde, ook zwavel en cinnaber voorkomt.

Verdraagt het eczeem geen vet of is het zeer vochtig, dan wordt lijm gebruikt, en wel zinklijm of zink-ichthyol-lijm, en als dat niet genoeg helpt, dan wordt, onder de lijm, de zieke huid met zwavel bepoederd. Vertoont het ec-

---

1) Voor de formules raadplege men: *Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, Band X, Heft I en *Therapeutische Monatshefte*, 1890 August.

zeem geen acute verschijnselen of zijn deze geweken, dan wordt vaak de aangetaste plaats bestreken met een mengsel van pyrogallol, ol. cadini en tinctura guajaci en daarop het lijmverband aangebracht. Bij droog eczeem met veel infiltratie wordt dadelijk de zink-zwavel-pasta gebruikt.

Bij eczeem der handen is de behandeling ongeveer gelijk, alleen klimt men daar tot sterker middelen. De volgorde naar den graad van heftigheid der symptomen, van droogheid en hardheid van het eczeem is hier in den regel:

I. „Salbenmulle" of lijm.
II. Inwrijven met jodium-zalf en daarover „Salbenmulle".
III. Water-verband met slappe resorcine-oplossing.
IV. Pyrogallol-teer-guajac-vernis met lijmverband.
V. Zinkzwavel-pasta.
VI. Resorcine-ichthyol-salicylzalf.
VII. Pyrogallol-ichthyol-salicylzalf of chrysarobine-ichthyol-salicylzalf.
VIII. Salicyl-cannabis-pflastermull.
IX. Chrysarobine-pflastermull.

Voor romp en armen geldt hetzelfde. Echter vervalt daar het gebruik van pleisters, wegens de kostbaarheid.

Bij *eczema seborrhoïcum scroti* wordt hoofdzakelijk het resorcine-waterverband gebruikt en „Salbenmulle" (zinkichthyol en zinkzwavel), soms ook zinkzwavel-pasta en resorcine-ichthyol-salicylzalf.

Bij *eczema ani* met jeuk wordt gebruikt zoogenaamde sapo unguinosus, overvette kalizeep. Daarbij wordt 10—15 pCt. ol. cadini gevoegd. Dit mengsel wordt twee- tot driemaal daags ingewreven en met heet water aan het schuimen gebracht. Daarna wordt er „Salbenmull" opgelegd en bevestigd met een gazen windsel. In plaats van sapo unguinosus wordt ook gebruikt spiritus saponatus kalinus Hebrae met 10 pCt. carbol.

De *psoriasis*-behandeling komt overeen met die, welke toegepast wordt bij de droge vormen van *eczema seborrhoïcum*. Gaarne wordt ook gedurende een paar dagen salicyl-creosoot-pflastermull geappliceerd en daarna chrysarobine-ichthyol-salicylzalf met of zonder bijvoeging van wit praecipitaat. Ook wordt een sterke resorcine-zink-pasta gebruikt. Zelden krijgen de patiënten arsenik.r

Irritaties na chrysarobine-behandeling enz. genezen onder zinklijm of „Salbenmull". In den laatsten tijd wordt daartoe ook vaak een zalf gebruikt, die ruim 50 pCt. dubbel-zwaveligzure-kalkoplossing bevat. En in het algemeen wordt deze zalf, zoowel als zwaveligzuur in solutie, dikwijls aangewend alg nabehandeling bij eczema en psoriasis, terwijl de dubbel-zwaveligzure-kalkoplossins somtijds ook in chrysarobine-zalven wordt gebracht om irritatie te voorkomen en de omzetting van chrysarobine in relatief onwerkzame chrysophanzure alkaliën tegen te gaan.

De behandeling van *acne vulgaris*, en *rosacea* heeft veel overeenkomst. De kuur, die wordt toegepast, verschilt naarmate de patiënten thuis kunnen blijven of niet.

In het eerste geval wordt driemaal daags ingewreven met een zink-pasta, die 50 pCt. resorcine bevat. Na drie à vier dagen vormt zich een bruinachtige

laag. Dan wordt gedurende drie à vier dagen zinkichthyol- „salbenmull" of -lijm toegepast, en daarna kan de afgestooten epidermis weggenomen worden. Deze kuur duurt dus een week en wordt zoo vaak mogelijk herhaald, totdat het succes volkomen is. Bij *rosacea* wordt tijdens de beschreven behandeling UNNA's „Mikrobrenner" 1) toegepast om de uitgezette vaten tot obliteratie te brengen. Tevens wordt inwendig ichthyol toegediend, twee à driemaal daags vijf droppels, om vernauwing der bloedvaten te bewerken.

Kunnen of willen de patiënten zich niet aan de samenleving tijdelijk onttrekken, dan laat UNNA eenige malen daags wasschen met heet water en marmerzeep, of sublimaatzeep, of ook met marmerpoeder, met of zonder zwavel. Ook wordt spiritus saponat. kalinus Hebrae gebruikt. Daarop volgt dan 's nachts zwavelzalf of sublimaatzalf.

Na de zalf wordt geappliceerd een zink-pasta, die resorcine en sublimaat bevat, of, in plaats van sublimaat, zwavel.

De zwarte puntjes van den comedo-kop, die hier en daar ook voorkomen waar geen eigenlijke comedo is te vinden, worden bleek na toepassing van waterstof-superoxyde. Men kan het middel toevoegen aan de bij acne gebruikt wordende zwavel- of sublimaatzalf.

Onder de merkwaardige gevallen, die ik zoowel in de cliniek als op UNNA's particulier spreekuur zag, verdienen vermelding twee gevallen van *xeroderma pigmentosum*, waarbij KAPOSI, UNNA en M'CALL ANDERSON een eensluidende diagnose stelden. Beide patiënten worden behandeld met oxydeerende middelen en verpleegd in een vertrek waarvan de vensters met curcuma-papier zijn beplakt om de chemisch werkzame lichtstralen te keeren. Gedurende ruim veertien dagen volgde ik deze behandeling en kon in dien korten tijd duidelijk verbetering waarnemen.

Verder zag ik een aantal *lepra-lijders*, wier behandeling veel overeenkomst heeft met die, welke bij psoriasis gebruikelijk is. De beste resultaten ziet UNNA van pyrogallol en ichthyol. Hij beweert, dat lepra eventueel voor genezing vatbaar is, en dat in elk geval de locale behandeling der vlekken en knobbels relatief van groot voordeel voor de patiënten moet zijn, omdat het grootste aantal der bacillen zich in de huid bevinden.

Ook merkte ik op een oude vrouw, lijdende aan een vorm van *granuloma*, waarbij de geheele huid met talrijke, subcutane, weinig uitpuilende tumoren is bedeeld. Daar geen voorafgaand eczeem, noch ulceratie is geconstateerd, beschouwt UNNA deze ziekte niet als *granuloma fungoïdes*, maar als een afzonderlijken vorm. Behandeling met chrysarobine, pyrogallol en ichthyol, had herhaaldelijk gunstigen invloed op de tumoren.

Schoon ik mij moet beperken, wil ik niet eindigen zonder te hebben vermeld, dat UNNA, te Hamburg, uiterst weinig *prurigo vulgaris*, en bijna geen *favus* waarneemt. Daarentegen zag ik relatief veel *herpes tonsurans*, die hij in drie à vier weken geneest door behandeling met tinct. jodii, ichthyol met water en chrysarobine. De genezing wordt gecontroleerd door van week tot week cul-

---

1) *Monatsh. für praktische Dermatologie*, Band X, Heft I.

turen in agar-buisjes te maken. Zoodra uit de haren geen trichophyton meer kan worden gekweekt, is de genezing verkregen.

Een aantal andere huidziekten, waarbij door UNNA, met eigenaardige behandelingsmethoden, gunstige resultaten worden verkregen, ga ik met stilzwijgen voorbij, daar mijn bestek de vermelding niet toelaat. Ik heb gemeend meer bijzonder de aandacht te moeten vestigen op de behandeling bij *eczeem* en *acne*, omdat zij nauw samenhangen met UNNA's inzichten aangaande den aard dezer veelvuldig voorkomende ziekten, omdat zijn opinies in veel opzichten van de algemeen gangbare afwijken, en ik mij, niettegenstaande den relatief korten duur van mijn verblijf, van het succes heb kunnen overtuigen.

In het algemeen kreeg ik den indruk, dat de dermatosen te Hamburg sneller genezen dan in Weenen, te Parijs en bij ons. Met opzet bezocht ik de cliniek niet dagelijks, maar bleef telkens een of twee dagen weg. Bij het volgende bezoek vond ik dan regelmatig bijna alle patiënten merkbaar verbeterd.

Wat applicatie-methoden betreft, heeft niets zoozeer mijn aandacht getrokken, als het uitgebreid gebruik hetwelk van den „Leimtopf" wordt gemaakt. Niet alleen eczemen worden met lijm behandeld, maar overal waar pleisters worden aangewend, worden deze sterk aangedrukt door „Ueberleimung". In alle gevallen, waar, behalve een plaatselijk geneesmiddel, ook druk wordt verlangd, zag ik lijm gebruiken. Zoo krijgen alle *ulcera cruris* een lijmverband, en ik was getroffen door de gunstige uitkomsten.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, Jaargang 1890, 2de Deel).

1

Bauthes Cany

# BOEKAANKONDIGING.

---

Eugen Graetzer, *Medicinische Uebungsbücher*, Bd. IV. — 84 *Typen von Haut- und Geslechtskrankheiten.* Sollman & Bonacker, Basel 1891.

Onder bovenstaanden titel verscheen onlangs een boek, welks wijze van bewerking zooveel van de gewone afwijkt, dat een korte bespreking wel gemotiveerd schijnt. De Schrijver liet dit werk voorafgaan door drie dergelijke, betrekking hebbende op inwendige geneeskunde, chirurgie en oogheelkunde. Naar aanleiding dier werken ontving hij brieven van jongere collega's, vooral van hen, die zich voor het Staats-examen voorbereiden, en putte uit den inhoud dier brieven het bewijs, dat hij „eine Lücke im bisherigen Unterrichtsmaterial" heeft aangevuld. Nu wil hij zulks ook doen voor huid- en geslachtsziekten, vooral omdat aan de universiteiten de studie daarvan al te veel wordt verwaarloosd.

Het doel van den Schrijver is het denkvermogen van zijn lezers te ontwikkelen, hun zelfstandig oordeelen en aldus het maken eener spoedige en zekere diagnose te leeren. Volgens Schrijver nu is de universiteitsstudie niet juist geschikt om de „medicinische Denkthätig- „keit an zu regen und zur Ausbildung zu bringen." De oorzaak daarvan zou zijn, dat de clinische leeraar niet bij ieder geval zoo lang kan wachten met het stellen der diagnose, tot het geheele geval den toehoorder in al zijn bijzonderheden duidelijk is. (Wij hebben van het onderwijs en de studie aan de universiteiten een hooger denkbeeld, zeker voor ons land, doch ook voor vele universiteiten in het buitenland. Ref.).

Die leemte in de universitaire studie tracht nu Dr. E. GRAETZER aan te vullen en wel door middel van het schrijven van boeken, die zoo ingericht zijn, dat eerst een typisch ziektegeval wordt beschreven, zonder dat de naam der ziekte wordt genoemd. Uit de beschrijving trachte men de diagnose te stellen. Het woord „diagnose?" vindt men op het eind van iedere beschrijving. Wanneer men het antwoord daarop niet in eigen brein heeft gevonden, kan men het in de inhoudsopgave vinden, alwaar de diagnosen alphabetisch zijn gerangschikt met verwijzing naar het nummer van het ziektegeval. Ten einde een denkbeeld te geven van de wijze, waarop het boek is ingericht, laat ik hier een der kortste gevallen volgen:

Fall 10. „Fr. P. will ein „Hautausschlag" der vor einigen Wochen „ohne bestimmte Veranlassung entstanden sein soll und seitdem unver- „ändert geblieben ist, aus kosmetischen Gründen beseitigt haben: „denn, Schmerzen oder irgendwelche andere Beschwerden verursacht „die Affection nicht. Ich finde die Haut beider Augenlider und der

„an diese angrenzenden Partien der Schläfen und Wangen, wie besät „mit einer Masse dicht bei einander liegender und in die Häut gleich- „sam eingesprenkelter Geschwülstchen von Stecknadelkopfgrösse. „Dieselbe überragen ein wenig die Haut, sind nur von einer dünnen „Epidermisschicht bedeckt und von weissgelblicher Farbe. Wenn man „ein solches Körnchen mit einem Fingernagel anritzt, so springt „dasselbe als kleines, rundes Körperchen aus der Hauthulle hervor. „Diagnose?" Het antwoord „Milium" vindt men in zichzelf of in de inhoudsopgave.

Op den inhoud van het boek valt hier en daar nog wel wat aan te merken. Al de gevallen, die beschreven worden, moeten typische voorstellen. Juist daarom viel het mij op, dat in geval 6, waar gesproken wordt van *Erythema exsudativum multiforme*, met geen enkel woord melding wordt gemaakt van de gewone localisatie op de dorsaalvlakte der handen. Zoo wordt in geval II een *vulvo-vaginitis gonorrhoïca* met opvolgende *Bartholinitis* besproken; uit de beschrijving blijkt de gonorrhoïsche oorsprong niet. Al moge het dan bijna altijd het geval zijn, dat gonorrhoea de prima causa in dergelijke gevallen is, toch had men eenige vermelding daarvan mogen verwachten. Waarom in geval 2, een beschrijving van pityriasis versicolor, van het onderzoek naar den microsporon furfur, *geen* en in geval 24, van dat naar den trichophyton *wel* melding werd gemaakt, is mij niet duidelijk. Dat de acne varioliformis (geval 48) zoo uiterst zeldzaam is, kan ik, althans voor Duitschland en Oostenrijk, niet toegeven. In geval 46 wordt het *eczema marginatum* besproken, zonder dat er echter melding wordt gemaakt van de genitaliën en hunne omgeving als praedilectie-plaats. Zoo had in geval 54 meer moeten uitkomen, dat bij *sycosis parasitaria* de korte tijd van bestaan, in verband met de groote uitbreiding van het proces, een belangrijk moment voor de diagnose is. Het zou misschien niet veel moeite kosten om hier en daar een en ander te vinden, dat niet aan het „type" beantwoordt: doch ik vergde reeds genoeg van de ruimte in dit *Tijdschrift.*

Wanneer de Schrijver zijn boek de wereld had ingezonden als een repetitorium of iets dergelijks, dan zou althans de vlag de lading gedekt hebben.

Nu echter is de inhoud van het boek buiten verhouding tot de daaraan gestelde taak, in de voorrede omschreven.

Het nut van dergelijke boeken, zelfs als repetitorium, is, naar mijne bescheiden meening, zeer twijfelachtig. Iemand, die reeds wat bedrevenheid bezit in de diagnose van huid- en geslachtsziekten, dient, voor verdere studie, andere boeken te gebruiken. Voor iemand, die er nog weinig van weet, is een boek als het besprokene niet de ware gids, om er meer van te weten te komen.

Rotterdam, Maart 1891. Dr. T. BROES VAN DORT.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*, Jaarg. 1891, 2de Deel).

# BOEKAANKONDIGING.

Overgedrukt uit het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1892. Deel I. No. 15.

# BOEKAANKONDIGING.

# BOEKAANKONDIGING.

---

Dr. A. Blaschko, *De verspreiding der syphilis in Berlijn*, uitgegeven door S. KARGER.

Aan de hand van officiëele bescheiden, waarvan de lijsten der politie-artsen en die van het Pruisische Ministerie van Oorlog de meest betrouwbare bleken, gaat BLASCHKO de verspreiding der venerische ziekten in Berlijn na en komt tot de conclusie, dat het aantal ziektegevallen van 1860 af tot 1887 gaandeweg is verminderd en tevens dat er na 1887 weder eenige toeneming heeft plaats gevonden.

De afneming van het aantal ziektegevallen wordt door BLASCHKO aldus geconstateerd: Hij begint met aan te toonen, dat het aantal venerischen onder de Berlijnsche prostituées is verminderd. Men mag echter daaruit niet afleiden, dat daarom ook hetzelfde heeft plaats gevonden bij de overige bevolking; dan zou er geen clandestine prostitutie moeten zijn. Toch vindt hij de vermindering van het aantal zieke prostituées niet zonder beteekenis, wanneer men namelijk de zaak van een ander standpunt beziet. Wanneer men ze niet als bronnen van infectie, als mededeelsters, doch als ontvangsters van het venerische virus beschouwt en men neemt een voortdurende afneming van het aantal ziektegevallen bij haar waar, dan moet men wel tot de conclusie geraken, dat zij zeldzamer in de gelegenheid komen geïnfecteerd te worden. Verondersteld dus, dat het getal bezoekers hetzelfde is gebleven, terwijl de voorzorgen, die de prostituées nemen, er zeker niet minder op worden, dan kan men aannemen, dat de bezoekers zelven gezonder zijn geworden. (BLASCHKO ziet hier echter iets over het hoofd; daarom is, althans ten opzichte van syphilis, zijn conclusie te voorbarig. Een latent syphilitische prostituée kan door een lueticus niet geïnfecteerd worden. Blijft zij dus na de cohabitatie in statu quo, d. i. schijnbaar gezond, doen zich geen verschijnselen van syphilis bij haar voor, dan kan men toch in zulk een geval niet besluiten tot de gezondheid van den man. En zulke gevallen zullen zich niet zeldzaam voordoen. Ref.).

Verder leidt Schrijver de afneming der venerische ziekten af uit

de lijsten van het garnizoen, van de arbeiders-ziekenvereenigingen (Gewerbskrankenkassen), uit de vermindering van het aantal gevallen in de Charité (het eenige Berlijnsche ziekenhuis, waar venerische zieken opgenomen worden, afgezien van de privaatclinieken), en vooral ook uit de vermindering van het aantal doodgeborenen, hetwelk in 25 jaren van 4.62 tot 3.77 pCt. daalde. De lijsten der „Krankenkassen" bleken (blijkens de tabel op blz. 31) niet geheel betrouwbaar. Na er op gewezen te hebben, dat in de ziekte-tabellen slechts in de laatste jaren diagnostisch onderscheid is gemaakt tusschen de verschillende venerische ziekten, toont Schrijver met cijfers aan, dat de Berlijnsche bevolking voor 10 à 12 pCt. syphilitisch is. (Deze verhouding is gunstiger dan die te Weenen en Parijs).

De bewering, dat er in de laatste 3 of 4 jaren meer toeneming in het aantal ziektegevallen plaats heeft, grondt BLASCHKO deels op de statistische gegevens, deels op de ondervinding door hemzelven en vele zijner collega's opgedaan. Opvallend was o. a. het groot aantal gevallen van recente syphilis, terwijl voor die toeneming het in gebruik stellen van een tweede afdeeling in de Charité, ter opneming van lijders aan venerische ziekten, niet zonder beteekenis is. Of die toeneming van tijdelijken aard zal zijn, valt vooralsnog moeilijk te beslissen.

Een omstandigheid echter is er, die de bevrediging omtrent het relatief gering aantal venerische zieken in Berlijn wel wat vermag te temperen, d. i. het feit, dat de toeneming der bevolking in de laatste 30 jaren voornamelijk plaats had ten koste van het platteland en de kleine steden. Deze aanwas bestond dus bijna uitsluitend uit gezonden, daar venerische ziekten op het platteland niet veelvuldig voorkomen. Dat ontneemt nu wel eenige waarde aan de relatieve vermindering van het aantal ziektegevallen, al blijft het feit der vermindering bestaan. Daar de arbeidende klasse een veel grooter deel der bevolking uitmaakt dan vroeger, en aldaar meer omstandigheden aanwezig zijn, die de overplanting van het virus gemakkelijk maken, ziet men de syphilis daar dikwijls meer als familie-ziekte, dan als geslachts-ziekte.

Vervolgens gaat Schrijver na, welke de oorzaken der vermindering zijn. Hij komt op tegen de neiging, die er dikwijls bestaat, zulk een vermindering *uitsluitend* toe te schrijven aan het sanitair toezicht; er staat toch slechts een deel der prostituées onder contrôle. Hoezeer het sanitair toezicht, het elimineeren en de behandeling der prostituées, niet anders dan voordeelig gewerkt kan hebben, mag men toch dien invloed niet overschatten, doch dient men tevens rekening te houden met andere belangrijke factoren.

Vooreerst is het „medium", waarin de prostituées zich bewegen, gezonder geworden. Wat is daarvan de oorzaak? Als zulk een oorzaak beschouwt BLASCHKO het feit, dat de in Berlijn in steeds toenemende ontwikkeling verkeerende „Gewerbliche Krankenkassen"

(zieken- en ondersteunings-fondsen) niet meer aan de aan venerische ziekten lijdenden alle hulp onttrekken, zooals vóór 20 jaar nog het geval was (en zooals in Nederland het geval nog is). Hoewel de Wet van 1873 de „Krankenkassen" daartoe geenszins verplicht, stellen zij voor de patiënten geneesheer en geneesmiddelen beschikbaar, terwijl bij vele „Kassen" bovendien nog het ziekengeld wordt uitbetaald. Door dezen laatstgenoemden maatregel wordt de patiënt er ván teruggehouden, zijn ziekte geheim te houden; hij laat zich behandelen en houdt op bron van infectie te zijn. Als verdere oorzaak van beteren gezondheidstoestand van het medium, noemt BLASCHKO het toenemend aantal policlinieken, waar de lijder doelmatige en kostelooze behandeling vindt.

Vervolgens is de groote massa intelligenter geworden, zoodat er betere inzichten bestaan ten opzichte van het gevaar en de wijze van verspreiding der ziekten, en worden meer voorzichtigheidsmaatregelen genomen; de overtuiging van het nut eener vroegtijdige behandeling bestaat. (Het is mogelijk, dat de groote massa, ten gevolge van de leerplicht, in Duitschland intelligenter is dan hier; toch geloof ik, dat BLASCHKO den invloed van die intelligentie overschat. Ref.).

Genoemde, voor de prophylaxis van syphilis belangrijke factoren, moeten gepaard gaan met een rationeele, ingrijpende contrôle der prostitutie. In verband daarmede beschouwt BLASCHKO de quaestie der bordeelen (sedert 1856 in Berlijn opgeheven). Aan de ijveraars voor een gekazerneerde prostitutie (die voor de wederoprichting van bordeelen ijveren, op grond van het onvoldoende der tegenwoordige contrôle) vraagt hij de bewijzen, dat de tegenwoordige wijze van toezicht zoo ondoelmatig is, dat zij door een andere moet worden vervangen. De resultaten zijner eigene onderzoekingen spreken althans niet tegen de in zwang zijnde methode van toezicht; ook schrijft hij de tamelijk gunstige toestanden in Berlijn, bij de menigte andere goed werkende factoren, niet aan het ontbreken der bordeelen toe. Het geheele toezicht kan, wat nauwkeurigheid en omvang aangaat, even goed bij de vrije prostitutie, als bij de gekazerneerde geschieden, meent BLASCHKO. (Deze meening is ongetwijfeld zeer betwistbaar, vooral wanneer de visitatie, zooals helaas! bijna altijd, à domicile geschiedt. Ref.).

Vervolgens wordt de aandacht gevestigd op de „Kneipen mit „Damenbedienung". Die moest men kunnen dwingen de ware vlag te vertoonen; daar moest men het sanitair toezicht kunnen uitoefenen. In de „Ortskrankenkasse der Gastwirthe" kwamen 10 pCt. geslachtsziekten voor, viermaal zooveel als in andere „Krankenkassen". De Berlijnsche kellnerinnen (2500, d. i. $^1/_5$ van het ledental) leveren de helft van dat contingent van 10 pCt. venerische ziekten; van die helft lijdt weer de helft aan syphilis. De vrije prostitutie, zegt BLASCHKO, is de dood voor de bordeelen. In Parijs daalde het aantal

van 1850—1886 van 212 tot 67; in Petersburg van 1872—1886 van 220 tot 82, terwijl het getal vrije (doch gecontroleerde) prostituées van 2532 tot 4504 steeg.

Waar wij met onze hervormingen moeten beginnen, zegt Schrijver, is bij de onderzoekingsmethode zelve, al draagt deze, verbetering noodig hebbende, toch een goede kern in zich.

Het politietoezicht namelijk zou vervangen moeten worden door een zuiver geneeskundig onderzoek. Het zou moeten plaats hebben in een ziekenhuis (dus niet à domicile, Ref.), terwijl door gelijktijdige ambulatorische behandeling een soort policlinisch spreekuur zou worden gevormd. Het aantal onderzoekingen en dat der onderzoekende artsen moest uitgebreid worden. (Ik zou er nog willen bijvoegen: Het onderzoek moet strenger en wetenschappelijker geschieden, dan thans veelal plaats vindt; microscopisch en bacteriologisch onderzoek mogen niet ontbreken; er moet meer acht gegeven worden op gonorrhoea, die bron van oorsprong van zoovele vrouwenziekten. Ref.).

BLASCHKO komt nu tot de volgende conclusiën (verkort medegedeeld):

1⁰. afneming in de laatste 30 jaren; geringe toeneming sedert 4 jaren;

2⁰. vermindering ontstond:

*a.* door gemakkelijke gelegenheid tot behandeling;

*b.* door voortdurend sanitair toezicht;

*c.* door toenemende intelligentie van het volk;

3⁰. nog meer vermindering zou te wachten zijn:

*a.* door alle beperkingen te doen vervallen, die de geneeskundige behandeling der lijders in den weg staan;

*b.* door *verbetering der sanitaire contrôle;*

*c.* door het volk meer op de hoogte te brengen van het wezen der geslachtsziekten.

(Hoewel BLASCHKO, een erkend Berlijnsch syphilidoloog, het sanitair toezicht volstrekt niet als de eenige oorzaak der vermindering van venerische zieken in Berlijn beschouwt, doch ook de andere factoren ten volle laat gelden, zoo staat ook bij hem toch de overtuiging vast van het noodzakelijke van een goed sanitair toezicht.

Dat principe is in ons *Tijdschrift* door Prof. VAN OVERBEEK DE MEIJER, Prof. FOKKER, Dr. VAN DOOREMAAL en anderen krachtig genoeg verdedigd, en het is overbodig er weer op terug te komen, al begint de noodzakelijkheid van het „frappez toujours" weer te blijken. Vol beteekenis is de unanimiteit, waarmede de syphilidologen der geheele wereld over het sanitair toezicht denken.

Ten einde een krachtig voortgaan op den weg van streng sanitair toezicht zooveel mogelijk te bevorderen, wensch ik hier te vermelden, dat het 1ste Internationaal Congres voor Dermatologie en Syphili-

graphie, in Augustus 1889 te Parijs vergaderd, *met algemeene stemmen*, de twee volgende moties aannam :

1°. die van Dr. PILEUR (Parijs) :

„Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

„Considérant, que la prostitution clandestine est le foyer le plus „actif de la syphilis,

„Emet le voeu, que l'Administration impose l'inscription et la „visite obligatoire de toutes les femmes, qui se livrent à la prosti„tution publique".

(*adopté à l'unanimité*).

2°. die van Dr. DIDAY (Lyon) :

„Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

„*Résolument partisan du système de la surveillance obligatoire*,

„Invite l'Administration à étudier et à appliquer une mesure, qui „consacre la responsabilité effective du propriétaire de tout établis„sement, où s'exerce la prostitution".

(*adopté à l'unanimité*).

In TARNOWSKY's werk „Prostitution und Abolitionismus" vindt men omtrent bovengenoemde punten veel belangrijke bijzonderheden. Ook deze Hoogleeraar te Petersburg, aan het hoofd staande van de syphilidologische clinick, is een krachtig strijder voor het sanitair toezicht, als een der voornaamste en beste middelen ter bestrijding van de voortplanting der venerische ziekten. Ref.).

Dr. T. BROES VAN DORT.

---

(Overgedrukt uit het *Ned. Tijdschrift voor Geneesk.*, Jaarg. 1892, 1ste Deel).

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Redigiert von

Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Ergänzungsheft I. 1892.

Inhalt:

**Dermatologische Studien.**

Der ganzen Reihe vierzehntes Heft.

# Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.

Von

Dr. **Ludwig Zenthoefer**

**Stallupoenen** (Ostpr.).

Mit 2 chromolithographischen Tafeln.

Hamburg und Leipzig,

Verlag von Leopold Voss.

1892.

*Preis für die Abonnenten der Monatshefte M. 1.80.*

*Einzelpreis von Dermatologische Studien, der ganzen Reihe vierzehntes Heft, für Nicht-Abonnenten der Monatshefte M. 2.40.*

# Dermatologische Studien.

Herausgegeben

von

Dr. P. G. Unna.

Der ganzen Reihe vierzehntes Heft.

Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.
Von Ludwig Zenthoefer.

---

Hamburg und Leipzig,
Verlag von Leopold Voss.
1892.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Würzburg.

# Topographie

des

# elastischen Gewebes

innerhalb der Haut des Erwachsenen.

Von

Dr. **Ludwig Zenthoefer.**
Stallupoenen (Ostpr.)

Hamburg und Leipzig,
Verlag von Leopold Voss.
1892.

*Diese Arbeit erhielt den Unna'schen Preis für das Jahr 1891.*

Als gegen den alten Satz SCHWANNS,[1] dafs die Bindegewebsfibrillen sich aus Zellen entwickelten, HENLE[2] mit der neuen Lehre auftrat, dafs dieselben durch Differenzierung der Intercellularsubstanz entständen, entbrannte zwischen den Anhängern der entgegenstehenden Ansichten ein heifser Kampf, der jahrzehntelang mit gleicher Erbitterung weitergeführt wurde, bis schliefslich die HENLEsche Lehre die Oberhand gewann. Schon durch diese Streitfrage war man dazu gelangt, dem so unscheinbaren Bindegewebe wieder mehr Interesse entgegenzubringen, als REICHERT[3] im Jahre 1845 mit seiner epochemachenden Arbeit hervortrat. Er sprach als Erster die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Bindegewebsarten aus. Als dann in den nächsten Jahren DONDERS und VIRCHOW[4] dieser neuen Lehre eine festere Grundlage gaben durch den Nachweis der den Knorpelzellen entsprechenden Bindegewebskörperchen, letzterer dieser neu geschaffenen Gruppe auch noch das Knochengewebe einverleibte, wurde die Bindegewebsfrage bald Gegenstand des eifrigsten Studiums. H. MÜLLER[5] war wohl der Erste, der auf die nahe Verwandtschaft zwischen Bindegewebsfibrillen und elastischen Fasern hinwies, namentlich auch bezüglich der selbstständigen Bildung in der Intercellularsubstanz, eine Lehre, die in den folgenden Arbeiten von HENLE, REICHERT[6] und KOELLIKER[7] eine weitere Stütze fand. Der alten HENLEschen Kernfasertheorie

hat nun in allerneuester Zeit Kuskow[8] wieder Geltung zu verschaffen gesucht. Gestützt auf Versuchsreihen, die er an lg. nuchae und Netzknorpel verschiedener Embryonen teils durch elektive Färbung, teils durch künstliche Verdauung angestellt hat, versuchte er den Nachweis zu führen, dafs die elastischen Fasern entwickelungsgeschichtlich mit Zellkernen im engsten Zusammenhang ständen, ja gruppenweise in diesen ihren Ursprung fänden.

So stark aber auch die Litteratur über die Bindegewebsfrage anwuchs, so stiefmütterlich wurde von jeher das elastische Gewebe behandelt; wenn überhaupt, so wird seiner nur in wenigen Worten gedacht. Es kann uns dies kaum wundern, wenn man bedenkt, dafs man zu jener Zeit zur Darstellung der elastischen Fasern nur den einen Weg kannte, dafs man durch Zusatz von Essigsäure das Gewebe aufquellen liefs, wobei die elastischen Fasern unversehrt blieben. Henle erwähnt in seiner allgemeinen Anatomie im Jahre 1841 zum ersten Male gewisser Spiralfasern, die sich an aufgequollenen Bindegewebsbündeln durch tiefe Einschnürungen kenntlich gemacht hätten; später läfst er dieselben nach Vorgang von Gerber[9] durch Auswachsen von Kernen entstehen, um sie schliefslich den elastischen Gebilden einzuverleiben. Gegen die Existenz und namentlich gegen die elastische Natur dieser einschnürenden Fasern treten bald in Müller,[10] Reichert,[11] Luschka,[12] Leydig[13] und anderen Autoren gewichtige Stimmen auf, und diese Streitfrage ist es, die für die nächste Zeit sämtliche Arbeiten über das elastische Gewebe beherrscht. E. Klopsch[14] unter Reicherts Leitung leugnet die von Henle gesehenen Spiralfasern gänzlich und führt die Einschnürungsreifen der Bindegewebsbündel auf Einrisse und Verschiebungen in der strukturlosen Grenzscheide zurück. Den Streit sucht 1858 Koelliker[15] zu schlichten, indem er von den künstlich erzeugten Querreifen, wie sie bei der Quellung durch knotige Auftreibung der Bündel in

ihrer Scheide entstehen, die wirklichen elastischen Spiralfasern abgrenzt.

In den gröſseren Abhandlungen über die Bindegewebe, die Anfang der 70er Jahre erschienen, finden wir des elastischen Gewebes kaum Erwähnung gethan.

Boll[16] konstatiert in seiner gröſseren Abhandlung bei Besprechung des Baues der Sehnen nur den Reichtum der Sehne an intrafascikulären, gleichlaufenden elastischen Fäserchen.

Auch Flemming geht in seinen Beiträgen zur Anatomie und Physiologie des Bindegewebes[17] über das elastische Gewebe kurz hinweg; er begründet nur seine Ansicht bezüglich des Auftretens der Quellungsreifen als einer Gerinnungserscheinung der mucinhaltigen Kittsubstanz und begnügt sich sonst damit, das Vorkommen von elastischen Spiralfasern an Bindegewebsbündeln zu erwähnen.

Loewe[18] sucht der alten Reichertschen Lehre von dem Aufbau des fibrillären Bindegewebes aus Membranen wieder Geltung zu verschaffen; er konstruiert sich um die Bindegewebsplättchen doppellamellöse Deckmembranen und läſst die elastischen Fasern zwischen den beiden Lamellen (dem Endothel und Subendothel) verlaufen.

Hertwig giebt in seiner Abhandlung über Entwickelung und Bau des elastischen Gewebes im Netzknorpel[19] schon eine sehr schöne vergleichende Darstellung des elastischen Fasernetzes verschiedener Tierklassen in seiner topographischen Lage zu den Knorpelzellen. Er bedient sich 1 % Überosmiumsäure zur Darstellung des elastischen Gewebes.

Ph. Pfeuffer[20] bespricht die Zerklüftungsbilder, die die elastischen Fasern des lg. nuchae vom Rind bei der warmen und kalten Verdauung mit Lösungen von Pepsin und Trypsin darstellen.

So sehen wir, daſs sich bis zu den 80er Jahren unsere Kenntnisse vom elastischen Gewebe fast nur auf dessen Bau und

Entwickelung bezogen, die eigentliche Topographie in den einzelnen Geweben war ein vollkommen unerforschtes Gebiet und mufste es auch notwendigerweise bleiben, so lange man zu ihrem Studium nur die eine Methode kannte, an Schnitten auf dem Objektträger durch Anwendung verdauender Flüssigkeiten das ganze Gewebe bis auf die resistenteren elastischen Fasern mehr oder weniger zu zerstören.

Sehen wir davon ab, dafs bereits 1882 BALZER[21] und UNNA[22] durch Kombinationen künstlicher Maceration mit specifischer Färbung das elastische Gewebe isoliert darzustellen vermochten, ersterer durch Anwendung von Kalilauge und Eosin, letzterer durch Pepsin und Eosin-Hämatoxylin, so kann als Entdeckungsjahr für die elektiven Färbungsmethoden wohl das Jahr 1886 gelten.

Nachdem schon HERTWIG[19] darauf aufmerksam gemacht hatte, dafs Überosmiumsäure die elastischen Fasern gelb färbe, veröffentlichten 1886 UNNA[23] und LUSTGARTEN[24] fast gleichzeitig ihre Färbungsmethoden, von denen ersterer Hautstücke, die in Osmiumsäure fixiert waren, mit sauren Anilinfarben nachfärbt und durch Essigsäure entfärbt, letzterer in FLEMMINGscher Lösung fixierte Haut mit Victoriablau-Lösung weiter behandelt. Beide erhielten eine blauschwarze bis blaugrüne Färbung der elastischen Fasern. Beide Methoden, unabhängig von einander erfunden, beruhen auf demselben Prinzip; bei beiden ist es der Osmiumniederschlag auf den elastischen Fasern, der die Anilinfarbstoffe festhält. Dafs übrigens in dem FLEMMINGschen Chrom-Osmium-Essigsäure-Gemisch in diesem Falle die Osmiumsäure den wichtigsten Bestandteil darstellt, dafür spricht unter anderem auch eine spätere Notiz KUSKOWS,[8] der bei der LUSTGARTENschen Färbungsmethode viel schönere Bilder erzielt haben will bei alleiniger Anwendung der Osmiumsäure in Verbindung mit Victoriablau 4 B.

Noch gegen Ausgang desselben Jahres veröffentlichte Herxheimer eine dritte Färbungsmethode. Er konnte die elastischen Fasern allein darstellen, indem er Schnitte, die mit Hämatoxylin gefärbt waren, für kurze Zeit in eine Eisenchloridlösung brachte; es bildet sich dabei nach Analogie der Weigertschen Nervenmarkscheidenfärbung auf den elastischen Fasern ein Niederschlag von Eisenlack, wie denn auch später Krause [25] gezeigt hat, dafs man bei typischer Markscheidenfärbung nach Weigert schon eine schöne Färbung der elastischen Fasern erziele, wenn die Haut nach Erlicki in doppelchromsaurem Kali und Kupfervitriol gehärtet war.

Aber noch in demselben Jahre wird von zwei anderen Seiten in mehr zufälligem Befunde auf die Zierlichkeit des elastischen Fasernetzes der Haut aufmerksam gemacht. Fast bei allen Silberarbeitern, die schon längere Zeit ihrem Gewerbe obgelegen haben, findet man an Stellen des Körpers, die mechanischen Läsionen einerseits und andererseits der Einwirkung des Lichts vorzugsweise ausgesetzt sind, also namentlich an den Händen, blauschwarze Flecke, die die Arbeiter meistens selber auf stattgehabte Verletzungen mit Silbersplittern zurückführen. Diese dunkel verfärbten Hautpartien nun haben Lewin [26] und Blaschko [27] mikroskopisch untersucht und fanden in ihnen sämtliche elastische Fasern und andere elastische Substanzen schwarz gefärbt durch Niederschläge von metallischem Silber. Sie machen auf den Reichtum der Haut im allgemeinen an elastischen Fasern aufmerksam, sie sehen die zierlichen Verzweigungen in den Papillen. Blaschko beschreibt ein feineres Flächennetz dicht unter dem Rete Malpighii, er sah das Fasersystem um den Ausführungsgang von Schweifsdrüsen und um Gefässe und macht auf Niederschläge in der Intima der Gefässe und auf der Membran der Tastkörperchen aufmerksam; da ähnliche Bilder sich auch bei der medikamentösen Argyrie finden, schreibt Blaschko deshalb

der lebenden elastischen Substanz als solcher das Vermögen zu, Silbersalzlösungen zu reduzieren und so metallisches Silber in feinsten Körnchen auf sich selber niederzuschlagen.

Nachdem die obengenannten Färbungsmethoden gefunden waren, erweiterten sich auch sehr bald unsere Kenntnisse über die Topographie des elastischen Gewebes. Schon zu Anfang des nächsten Jahres erschien von UNNA[28] eine Arbeit, die diesen Gegenstand behandelt. Er führt die verschiedenen Gewebsformationen in ihrem Aufbau auf streng physiologische Grundsätze zurück. Er stellt Fascien, Hautmuskeln und subepitheliales Netz als drei relativ feste Insertionspunkte für das ganze Fasersystem der Haut hin. Er zeigt unter anderem, wie das subepitheliale Netz zur Steifung des Papillarkörpers dient, wie bei Kontraktionen der Haut von den Hautmuskeln her die eigentümliche Anordnung der elastischen Fasern um die Schweifsdrüsen herum zur Austreibung des Schweifses aus den Poren beitragen mufs.

In den nächsten Jahren entstanden nun eine ganze Reihe von neuen Färbungsmethoden. MANCHOT lehrte das elastische Gewebe durch Fuchsin-Färbung mit nachfolgender Entfärbung in angesäuerter Zuckerlösung darstellen; MIBELLI wandte das Saffranin zu gleichem Zwecke an; KOEPPEN[29] gebrauchte karbolsaure alkoholische Krystallviolett-Lösung, und so entstanden noch andere Färbungsmethoden, bis UNNA die TAENZERsche Färbung mit Orcein veröffentlichte, die, was Einfachheit des Verfahrens und Exaktheit der Bilder anbetrifft, bis jetzt wohl unerreicht dastehen dürfte. Nach einer kurzen Notiz auf der Bremer Naturforscherversammlung[30] gab er in seinen Monatsheften[31] die näheren Details an. Er will durch Zusammengiefsen zweier gesonderter alkoholisch-wässeriger Lösungen* von Orcein und Salzsäure das

---

* Rp. Orcein 0,1.
Spirit. (95 %) 20,0.
Aq. dest. 5,0.

Rp. Acid. mur. conc. 0,1.
Spirit. (95 %) 20,0.
Aq. dest. 5,0.

jedesmalige Mischungsverhältnis erst hergestellt wissen. Nach meinen Erfahrungen nun leidet dieses Verfahren an einem grofsen Fehler. Nimmt man nur wenig von dem Salzsäuregemisch, so erhält man eine kaum zu beseitigende Mitfärbung auch des übrigen Gewebes. Will man aber diesen Übelstand vermeiden und thut etwas mehr von der salzsauren Lösung hinzu, so erleidet auch das Orcein eine zu starke Verdünnung, und die Färbung der elastischen Substanzen fällt weniger schön aus. Ich habe deshalb zu meinen Untersuchungen wieder zu der zuerst von Unna veröffentlichten Formel* zurückgegriffen. Es ist in derselben Orcein und Salzsäure in genügender Konzentration vorhanden, und wenn man die Schnitte in dieser Lösung einen halben Tag oder länger liegen läfst und dann in dem oben angegebenen alkoholisch-wässerigen Salzsäuregemisch entfärbt, so hat man einerseits keine Niederschläge zu fürchten, und andererseits heben sich die elastischen Gebilde in ihrem dunkelbraunroten bis schwarzen Farbenton so schön gegen den absolut farblosen Untergrund ab, dafs man kaum nach etwas Besserem Verlangen tragen kann.

Zu Doppelfärbungen empfiehlt Unna Hämatoxylin und Methylenblau. Mir will es scheinen, als ob wir gerade für Kernfärbungen im Karmin eine für unsere Zwecke viel schönere Kontrastfarbe haben, und kann ich namentlich das Boraxkarmin besonders empfehlen. Allerdings thut man gut, die Färbung mit Boraxkarmin der mit Orcein vorangehen zu lassen, weil sonst bei der Entfärbung auch die elastischen Fasern zu leicht leiden.

Die Wahl der Fixations- und Härtungsmittel scheint für den Ausfall der Orcein-Färbung keine besondere Rolle zu spielen.

---

* Rp. Orcein 0,5.
Alk. abs. 40,0.
Aq. dest. 20,0.
Acid. hydrochlor. gtt. XX.

Hautstücke, die in MÜLLERscher Flüssigkeit fixiert waren, zeigten oft das Fasersystem noch deutlicher als die in absolutem Alkohol gehärteten. Legt man dagegen besonderen Wert auf nachfolgende Doppelfärbungen, so verdient ohne Frage der absolute Alkohol den Vorzug, weil bei Fixation in MÜLLERscher Flüssigkeit auch Bindesubstanzen und namentlich Epithelialgebilde eine viel gröſsere Neigung haben, den Farbstoff des Orcein in sich aufzunehmen, so daſs dann eine genügende Entfärbung nur schwer gelingen will.

Hat man nun nach der einen oder anderen Methode ein Präparat hergestellt und betrachtet es unter dem Mikroskop bei schwacher Vergröſserung, so bietet sich uns ein ganz eigenartiger Anblick dar. In ungeahnter Mannigfaltigkeit durchzieht die Cutis ein zierliches Geflecht feinerer und gröberer Faserstränge; bald vereinen sich diese zum feinsten Netzwerk, bald lösen sie sich wieder zu einzelnen Bündeln auf, um in gleicher Richtung die Cutis nach allen Seiten hin zu durchziehen. Fast scheint es unmöglich, in dieses Gewirr sich durchkreuzender und verflechtender Fasern ein System hineinzubringen, und doch sind es feste Gesetze, die jeder Faser ihren Lauf vorschreiben.

Aus rein praktischen Gründen scheint es vorteilhaft, hier zunächst eine groſse Gruppe elastischer Fasern von der Betrachtung auszuscheiden. Es ist das jenes Fasersystem, welches zu den einzelnen Organen der Haut, wie den Drüsen, Gefäſsen und Haaren, in nähere Beziehung getreten ist. Wenn wir von diesem absehen, so bleibt als zweite, groſse Gruppe dasjenige Fasersystem, welches beim Aufbau der Haut als einheitlichen Organs in ihrer Bestimmung, eine äuſsere, schützende Decke des Körpers zu bilden, zur Verwendung kam.

So wechselvoll nun auch diese Fasernetze im einzelnen sein mögen, so liegt ihrem Aufbau doch stets ein bestimmter Plan zu Grunde. An Stellen des Körpers, an denen die Haut eine

ähnliche Funktion hat, ist auch das Fasersystem in gleichem Sinne aufgebaut. Hauptsächlich sind es zwei Momente, die für dasselbe bestimmend sind und die den einzelnen Fasern Stärke, Zahl, Richtung und gegenseitige Verbindung vorschreiben. Es kommt hier einmal in Betracht, inwieweit die bindegewebige Befestigung der Cutis auf ihrer Unterlage noch eine Beweglichkeit zuläfst, und zweitens kommen dabei die Zug- und Druckwirkungen, denen die Haut von aufsen oder von innen her ausgesetzt ist, in Frage. Bei Berücksichtigung dieser beiden Umstände kann man das Fasersystem wenigstens in seinen Hauptcharakteren für fast sämtliche Stellen des Körpers im voraus sich konstruieren.

Es hat das elastische Fasergewebe ja wohl hauptsächlich den Zweck, die Haut in ihrer normalen Lage zu erhalten, bei gewaltsamer Verschiebung dieselbe in ihre frühere Lage zurückzuführen. Ist die Beweglichkeit auf der Unterlage auf ein Minimum reduziert, so ist auch der Entfaltung elastischer Kräfte kein Spielraum mehr gelassen, wir dürfen in diesem Falle kein besonders stark ausgeprägtes Fasernetz erwarten. Ist dagegen die Haut an einer Stelle des Körpers in Falten leicht abhebbar, ist sie, wie unter anderem in der Umgebung der Gelenke, stetigen, formverändernden Insulten ausgesetzt, so dürfen wir auch hier zum mindesten auf eine stärkere Ausbildung des elastischen Fasernetzes rechnen, ja wir werden in diesem Falle Einrichtungen kennen lernen, die dasselbe in hervorragendem Mafse seiner Aufgabe gerecht werden lassen.

Gehen wir nach diesen Vorbemerkungen zur Beschreibung der einzelnen Fasernetze selbst über, so möchte ich als Typus für eine auf der Unterlage fest angeheftete Haut Palma manus und Planta pedis hinstellen.

Haben wir bei Entnahme des Materials aus der Hohlhand die starke Fascie mitgenommen, so zeigt das elastische Gewebe

an der Fascie, in der Subcutis, der Pars reticularis und papillaris der Cutis ganz verschiedene Bilder. Auf der Fascie, dieser unmittelbar anliegend, finden wir zunächst ein in sich dicht verfilztes Netzwerk feinerer und gröberer elastischer Fasern, welches von beträchtlichem Dickendurchmesser ist und ihr in flächenhafter Ausbreitung überall hin folgt. Von diesem suprafascialen Netz lösen sich zahlreiche Fasern ab, die, nach unten absteigend, die Fascie mehr oder weniger steil durchbohren. Oft sieht man dieselben in einem zweiten Flächennetz enden, das in der Fascie selbst gelegen ist und in deren oberen Partien parallel dem suprafascialen Netz hinzieht, ohne dafs dasselbe aber je eine mächtigere Schicht darstellte. Ein anderes Mal wieder dringen die Fasern direkt durch die ganze Dicke der Fascie, um mit dem unterhalb der Fascie gelegenen elastischen Fasergewebe in Verbindung zu treten. Die oberhalb der Fascie gelegene mächtige Faserlage stellt nun die Ursprungsstätte für das ganze Fasersystem der Haut dar. Von hier ziehen die elastischen Fasern, zu mächtigen Bündeln geordnet, aufwärts, um aber noch an das Unterhautfettgewebe den gröfsten Teil ihrer Fasern abzugeben. Hier umspinnen dieselben in ovoiden Korbgeflechten die einzelnen Fettträubchen, so dafs jedes derselben von seinen Nachbaren durch eine verhältnismäfsig sehr starke elastische Faserlage abgeschlossen ist. So konstant nun auch die einzelnen Fettinseln an ihrer Peripherie von diesem festen Ringgeflecht eingekapselt sind, so ist das Innere derselben stets vollkommen von elastischen Fasern frei, es sei denn, dafs einmal in bindegewebige Septen eingeschlossen einzelne Faserzüge in dasselbe eindringen.

Indem so das elastische Gewebe von der einen Kapselhülle zur nächst höheren aufsteigt, gelangt es, allmählich an Zahl und Stärke bedeutend reduziert, an das eigentliche Corium. Hier in der Pars reticularis löst sich plötzlich das bis dahin noch in Bündeln angeordnete Gewebe in ein dicht verfilztes, engmaschiges

Netzwerk auf, das gegenüber den mächtig entwickelten Bindegewebszügen nur von ganz untergeordneter Bedeutung sein kann. Fast scheint es, als käme es hier jeder Faser nur darauf an, möglichst bald mit recht vielen Nachbaren Anastomosen einzugehen; ein ausgesprochener gradliniger Faserverlauf ist ganz aufgegeben. Allmählich kommt nun in diesem Netzgeflecht, je mehr wir uns der Epidermis nähern, eine gewisse Tendenz zu einem mehr gestreckten vertikalen Verlauf zur Geltung, und diese Fasern treten in der Pars papillaris dicht unter und in den Papillen zu einer eigenartigen Bildung zusammen. Wir finden hier abermals eine Verdichtung der elastischen Fasern zu einem flächenhaft ausgebreiteten, schmalen Netz; es zieht dasselbe in geringem Abstande von dem Rete Malpighii, mit diesem stets gleiche Richtung innehaltend, in die Papillen bis zu deren Spitze hinauf. Sowohl in Querschnitten als auch namentlich in Flächenschnitten ist es ersichtlich, dafs dieses subepitheliale Netz hauptsächlich in der Peripherie der Papillenkegel ausgebreitet ist, so dafs dasselbe wie eine Glocke an der Grenzschicht zwischen dem peripheren und dem zentralen Teil der Papille sitzt. Von diesem Netz nun strahlen wieder zahlreiche, feinste Fäserchen radienartig aus, die bis an die unterste Epithellage des Stratum mucosum verlaufen, ohne aber je zwischen die basalen Epithelien vorzudringen. Wenn man auch oft auf Querschnitten namentlich bei mangelhafter Kernfärbung den Eindruck gewinnt, als zögen diese Fasern bis in das Rete Malpighii selber vor, so ist man hierbei sicherlich einer Selbsttäuschung ausgesetzt. Derartige Bilder gewinnt man namentlich an Querschnitten von höher gebauten Papillen, und gerade hier, wo der Schnitt den steil abfallenden Abhang des Papillenkegels getroffen hat, ist man zu leicht dem Irrtum ausgesetzt, dafs man das räumlich Übereinander für nebeneinander nimmt. Legt man aber durch eine derartige Hautpartie Flachschnitte, so wird man bei Anwendung geeigneter Kernfärbungen

sich stets davon überzeugen können, daſs die Fasern in feinsten Spitzen frei endigen, noch bevor sie das Rete mucosum erreicht haben.

So sehen wir, daſs in der Haut der Palma manus und Planta pedis das elastische Gewebe hauptsächlich in der Subcutis und der Pars papillaris corii eine gröſsere Ausbreitung und einen mehr selbständigen Bau erfahren hat, während in der Pars reticularis corii dasselbe eine mehr untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Es ist nun in Hohlhand und Fuſssohle die Haut durch ein äuſserst straffes Bindegewebe so fest mit der darunter liegenden Fascie verkittet, daſs eine Beweglichkeit derselben fast ausgeschlossen ist. Fehlt diese aber, so fallen auch sämtliche Insulte fort, welche im Sinne einer seitlichen Kompression oder Dehnung auf die Haut einwirken könnten, die Haut bedarf zur Abwehr derselben keiner weiteren Einrichtungen: das elastische Gewebe der Pars reticularis stellt ein im Vergleich zu anderen Hautstellen spärliches Netzwerk von kurzen Faserzügen dar, die in der Flächenansicht nach Art eines Gitters zwischen den Bindegewebsbalken hindurchziehen.

Als eine weitere Folge der so beschränkten Beweglichkeit dieser Hautpartien ist es auch anzusehen, wenn von dem suprafascialen Netz die einzelnen Bündel in fast senkrechtem Zuge durch das Unterhautbindegewebe hindurch gegen das eigentliche Corium zu ausstrahlen. Wenn wir aber sehen, daſs dieselben auf diesem Wege zu den einzelnen Fettträubchen in besonders nahe Beziehung treten, daſs sie dieselben in dicker Ringlage allseitig fest einschlieſsen, so werden wir diesen, ich möchte sagen elastischen Fettkugeln wohl auch eine besondere Funktion zuschreiben dürfen.

Schon lange haben wir uns daran gewöhnt, im Panniculus adiposus, abgesehen von seinen innigen Beziehungen zur Ernährung des Gesamtorganismus, ein Mittel zu sehen, dessen sich der

Körper zur Abwehr äufserlicher mechanischer Gewalteinwirkungen bedient. Wenn auch das an Gefäfsen und Nerven so arme Fettgewebe schon sehr geeignet ist, mechanische Insulte in sich abzuschwächen, so kann die Einscheidung einzelner Fettinseln in elastische Faserkapseln nur dazu beitragen, dieses Vermögen in bedeutendem Mafse zu erhöhen, ja gerade hierin werden wir ein für die Erhaltung der Struktur des Fettgewebes höchst wirksames Moment erblicken müssen.

Wie erwähnt, war das subepitheliale Netz schon längere Zeit bekannt, in seiner Bedeutung wurde dasselbe jedoch erst von UNNA gewürdigt. In seinen dermatologischen Monatsheften[32] zeigt derselbe, wie bei der Flächendehnung der Haut der Papillarkörper abgeflacht wird, und fährt dann fort:

„Läfst die Streckung der Cutisfasern nach, so kehrt vermöge der in Anspruch genommenen Biegungselasticität des elastischen Netzes der Papillarkörper wieder in seine ursprüngliche, stark wellige Form zurück, gerade so wie das rhombische Maschengewebe der Pars reticularis durch die Elasticität des dort eingewebten, elastischen Gerüstes zur vorherigen Ruhelage zurückkehrt.

Das subepitheliale Netz hat also die ganz besondere Funktion, den bei den Bewegungen der Haut in die Breite gedehnten und abgeflachten Papillarkörper wieder zurückzuordnen, seine Wellenform zu erhalten."

Bedenken wir aber, wie häufig gerade Palma und Planta selbst den stärksten Druckwirkungen ausgesetzt sind, wie bei jedem Schritt, den wir thun, der Papillarkörper in die Breite gedehnt werden mufs, so werden wir es verstehen, wenn wir gerade an diesen Stellen trotz der hier bestehenden niedrigen Papillen in denselben das subepitheliale Netz so wohl ausgebildet finden.

Ganz andere Verhältnisse nun finden wir bei einer Haut, die auf der Unterlage möglichst frei beweglich ist. Heben wir

dieselbe in Falten auf oder verschieben sie seitlich, so findet diese Bewegung ja immer in dem lockeren Bindegewebe statt; wir werden also von vorneherein in demselben jene mächtigen, von der Fascie senkrecht aufsteigenden, elastischen Faserbündel kaum erwarten dürfen. Wenn wir eine derartige Haut, beispielsweise vom Präputium, unter dem Mikroskop betrachten, so fällt auch zunächst die verhältnismäfsige Armut des Unterhautbindegewebes an elastischen Fasern auf; in geschlängeltem Laufe durchziehen vereinzelte elastische Fasern in verschiedensten Richtungen das Gewebe ohne besondere Neigung, mit den Nachbaren Anastomosen einzugehen. Eine in ihrer Funktion mehr selbständige Fascie fehlt vollkommen, und mit ihr fehlen auch jene intra- und suprafascialen Bildungen des genannten Gewebes.

Zu freierer Entfaltung gelangt das elastische Gewebe dagegen in der Pars reticularis; hier tritt dasselbe in langgestellten, starken Faserzügen auf, die im allgemeinen eine der Oberfläche parallele Richtung innehalten. Indem sich diese Bündel nun in spitzen Winkeln untereinander kreuzen, entsteht ein weitmaschiges Gewebe, das wohl im stande ist, der Haut eine vollkommene Elasticität zu verleihen.

Von dieser Faserlage strahlen dann allmählich in schräger Richtung zahlreiche Fasern gegen die Epidermis zu, um sich in das subepitheliale Netz einzusenken, das speziell an der Haut des Präputium nur aus einer einfachen Lage netzartig sich verknüpfender Fasern besteht.

Nachdem wir so den Unterschied in der Ausbildung des elastischen Netzes bei einer frei beweglichen und einer fest fixierten Haut kennen gelernt haben,* haben wir hierin gleich-

* In einem Präparat lassen sich diese Unterschiede demonstrieren an Hautstellen, an denen eine fest adhärente Haut mehr weniger unvermittelt in eine frei bewegliche übergeht, z. B. auf der ulnaren Seite der volaren Handgelenksfalte.

zeitig die beiden Extreme, zwischen denen die verschiedensten elastischen Gewebsformationen nur Übergänge darstellen. Je weniger eine Hautstelle auf der Unterlage fixiert ist, desto bessere Angriffspunkte finden die verschiedensten mechanischen Insulte, um so stärkere elastische Kräfte mufs das Gewebe aber auch in sich beherbergen, wenn seine Struktur nicht not leiden soll.

So finden wir in der Umgebung der Gelenke eine besonders reichliche Entwickelung des elastischen Netzgewebes; es tritt dasselbe auf der Streckseite in starkbündligen Faserzügen auf, die sich in den verschiedensten Richtungen winklig durchkreuzen und so das gerade für die Streckseiten so charakteristische rautenförmige Maschenwerk bilden. Im Gegensatz hierzu bedingt auf der Beugeseite die Schnittführung ganz verschiedene Bilder; läuft dieselbe parallel der Längsachse des betreffenden Gesamtgliedes, so finden sich nur kurz abgeschnittene Faserstücke, während, wenn der Schnitt zur Längsachse des Gliedes senkrecht geführt wird, die Fasern recht erhalten in langen Zügen das Präparat durchziehen zum Beweise dafür, dafs an der Beugeseite der Gelenke die Fasern in ihrer Hauptrichtung parallel der betreffenden Gelenkfalte ziehen. Dafs wir gerade an den gröfseren Gelenken in der Subcutis kein besonders stark ausgeprägtes, elastisches Fasersystem erwarten dürfen, versteht sich nach oben Gesagtem von selbst. Wir finden denn auch in der That nur vereinzelte elastische Fasern, die parallel der Hautoberfläche meist in isoliertem Lauf die Subcutis durchsetzen.

Das rhombische Maschenwerk der Pars reticularis, wie es typisch an den Streckseiten ausgebildet ist, findet sich mit vielleicht alleiniger Ausnahme der ganz fest adhärenten Haut an fast sämtlichen Stellen des Körpers vertreten, nur dafs seine typische Form in dem einen Fall nicht ganz zur Ausbildung gelangt, in dem anderen durch die Beziehungen zu den anderen Organen der Haut mehr verdeckt erscheint. In der Haut von

Brust und Bauch findet sich dasselbe deutlich ausgesprochen, und wenn man dasselbe wenigstens in seinen Grundideen selbst noch an der Schädelhaut findet, wo doch die Haarwurzeln durch ihre erdrückende Übermacht fast allein die Struktur sämtlicher Gewebe bestimmen, so müssen wir in dem rhombischen Gittergeflecht den Grundtypus des selbständigen elastischen Fasergewebes erblicken. Wenn wir noch einen Augenblick bei der Schädelhaut verweilen und uns hier nach dem subepithelialen Netz umsehen, so werden wir wohl in den oberen Partien des Corium eine mäfsige Verdichtung des elastischen Fasernetzes konstatieren können, ein ausgebildetes Netz fehlt aber vollkommen.

Blaschko[33] hat seinerzeit auf die gröfsere Selbständigkeit der interpapillären Epithellagen aufmerksam gemacht und gezeigt, wie, den Riffen und Furchen entsprechend, die Oberhaut gegen das Corium in den Drüsenleisten und Falten zwei längs verlaufende Wälle vorschiebt, welche, durch Querleisten verbunden, einzelne abgeteilte Vertiefungen zur Aufnahme der Papillen bilden. An behaarten Stellen nun entsprechen diesen Drüsenleisten die Haare selber; mit dem Wegfall der Drüsenleisten kommt es aber auch nicht zu jener bienenwabenähnlichen Struktur der unteren Oberhautfläche, und so bleibt auch die Bildung der Papillen aus. In der That können wir uns leicht überzeugen, dafs dieselben in der Schädelhaut nur eben angedeute sind, streckenweise aber ganz fehlen. Dafs unter diesen Umständen auch die Bildung des subepithelialen Netzes ausgeblieben ist, giebt einen weiteren Beleg für den innigen Zusammenhang dieser beiden Gebilde.

Eine andere Bildung ist es noch, die uns besonders deutlich gerade an der Schädelhaut entgegentritt und unser ganzes Interesse in Anspruch nehmen darf. Wenn wir die Pars papillaris in weiterer Ausdehnung durchmustern, so fällt uns auf, dafs das Fasernetz derselben in bald gröfseren, bald kleineren Abständen

eigentümliche Verdichtungen erfahren hat. Wir können aus diesem dichteren Fasergewebe zahlreiche Zweige sich ablösen sehen, die alle untereinander konvergierend zu stärkeren Ästen zusammentreten, bis auch diese sich zu einem starken Hauptstamm vereinigt haben.

Gewöhnlich gelingt es nicht, diesen dicken elastischen Faserstrang weiter zu verfolgen, da er meistens sehr bald aus dem Bereich des Schnittes tritt und so ganz plötzlich als dicker Stumpf endet; doch werden wir weiter unten diese ganze Bildung im innigsten Zusammenhang mit den arrectores pilorum finden.

Es giebt noch eine andere Stelle des Körpers, an der ein subepitheliales Netz als solches nicht vorhanden ist, an der es nur zu einer stärkeren, filzartigen Verflechtung und Durchkreuzung der elastischen Fasern gekommen ist. Es ist dies die Bauchhaut, der man auch noch anderer Eigentümlichkeiten wegen eine Sonderstellung wird anweisen müssen. Schon in den tieferen Schichten der Cutis fällt neben dem Reichtum an elastischem Material namentlich die feinfaserige, engmaschige Verfilzung des elastischen Fasergewebes auf. Je mehr wir uns nun der Epidermis nähern, um so enger wird das Maschennetz, bis sich in der Höhe der Basis der Papillen die Fasern ganz unvermittelt aus diesem Filzgewebe in Gruppenform loslösen, um zu einzelnen Büscheln geordnet in geradem Verlauf die ganze Dicke der einzelnen höheren Papillen zu durchsetzen. Man findet wohl auch noch an anderen Körperstellen Andeutungen eines ähnlichen Verhaltens des intrapapillären Fasersystems, nie aber in so typischer Ausbildung wie gerade an der Bauchhaut; andererseits habe ich das verschiedenste Material daraufhin untersucht, und stets zeigte die Bauchhaut dasselbe Bild, so daſs ich diese ausgeprägte Garbenform des intrapapillären Fasersystems wohl als charakteristisch für die Bauchhaut glaube hinstellen zu können;

vielleicht, dafs diese Anordnung mit den steten Dehnungen im Zusammenhang steht, denen gerade die Bauchhaut nicht nur bei dem Vorgang der Verdauung und Athmung, sondern in letzter Instanz auch im Puerperium ausgesetzt ist.

Wir haben nun die allgemeinen Charaktere der verschiedenen Fasersysteme bis jetzt kennen gelernt und gesehen, wie selbst bei gröfster Mannigfaltigkeit der einzelnen Fasernetze ihrem Gefüge doch stets ein bestimmter Bauplan zu Grunde liegt. Im einzelnen erfahren nun die Fasergewebe oft die weitgehendsten Modifikationen durch die nahen Beziehungen, in die sie zu den Organen der Haut zu treten gezwungen sind.

Am längsten bekannt und vielleicht auch am eifrigsten studiert ist das Verhalten der elastischen Fasern zu den Schweifsdrüsen. So erwähnt schon Tobein[34] im Jahre 1853 bei Gelegenheit der Besprechung der Hautdrüsen der Katze an ihren Ausführungsgängen fibrae spirales und fibrae elasticae. Diese und ähnliche mehr vage Vorstellungen vom Vorkommen elastischer Fasern an den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen erhielten sich dann bis in die neueste Zeit. Unna[35] war es vorbehalten, denselben eine festere Form zu geben. An der Hand seiner neuen Färbungsmethode macht er darauf aufmerksam, dafs der Ausführungsgang zwar von längsgestellten Zügen elastischer Fasern eingescheidet sei, dafs der Knäuel selber aber elastischer Elemente entbehre.

Durchmustert man eine gröfsere Reihe von Präparaten darauf hin, so wird man allerdings immer wieder konstatieren können, dafs das elastische Gewebe in langen Faserzügen die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen begleitet; dasselbe zeigt aber an den Knäueln ein ganz verschiedenes Verhalten je nach dem Ort der Auswahl. Am klarsten liegen die Verhältnisse wieder in Hohlhand und Fufssohle. Hier liegen die einzelnen Knäuel inmitten der Fettläppchen eingebettet, indem sie mit

diesen die einzigen, mehr selbständigen Gebilde der Subcutis ausmachen. Gegen beide zeigt aber auch das elastische Gewebe ein ähnliches Verhalten: Faserbündel, die, aus der Tiefe entsprungen, sich zwischen den einzelnen Fettträubchen hindurchgewunden haben, umziehen die Knäuel in weitem Bogen, indem sie dieselben gegen benachbarte Knäuel oder Fettinseln abschliefsen. Allerdings bilden diese Geflechte nie ein geschlossenes Kugelgeflecht, indem sie im Umkreise des Ausführungsganges wieder dem übrigen Fasernetz sich beigesellen, immerhin sieht man aber namentlich an Flächenschnitten die Faserzüge eine vollkommene Ringlage um jeden Knäuel bilden.

Neben diesem äufseren Fasernetz können wir nun gewöhnlich noch ein zweites nachweisen, das allerdings nur aus einzelnen Faserzügen besteht. Es umziehen diese den Knäuel, seiner Oberfläche unmittelbar anliegend, bis zur Austrittsstelle des Ausführungsganges, indem sie hier direkt auf denselben übergehen und sich den hier längs verlaufenden Fasern beigesellen. Wenn überhaupt das innere Netz besser ausgeprägt ist — gewöhnlich sieht man nur die auf den Ausführungsgang übertretenden Fasern, — so ziehen stets zahlreiche Anastomosen zu den äufseren Faserzügen hinüber.

So konstant nun diese Anordnung der elastischen Fasern um Schweifsdrüsenknäuel in Palma manus und Planta pedis auftritt, so selten finden wir sie an anderen Stellen wieder. In der Haut des Schädels, wo die Haare für die Strukturverhältnisse aller anderen Gewebe mafsgebend sind, treten auch die Schweifsdrüsen zu denselben in engere Beziehung. Es liegen dieselben meistens einzelnen Haarwurzeln dicht an, die elastischen Fasern ziehen von dem einen Organ zum anderen, ohne dafs man hier scharfe Grenzen ziehen könnte. Auf Flächenschnitten ist es ein immer wiederkehrendes Bild, dafs das weitmaschige Fasergeflecht, welches die einzelnen Haargruppen voneinander trennt,

in seinen Maschen auch gleichzeitig die Schweifsdrüsenknäuel eingeschlossen hält. An anderen Orten, wie an der Brust, wo die Drüsenkörper nicht in Knäuelform auftreten, sondern mehr in die Länge gezogen sind, treten die elastischen Fasern zu denselben in gar keine Beziehung.

Eine Bildungsform ist es aber, die unabhängig von Lokalität und Bau der Schweifsdrüsen regelmäfsig wiederkehrt und die unser Interesse wohl in Anspruch nehmen darf.

Hat man nach Anwendung der TAENZERschen Orceinfärbung die Entfärbung so weit geführt, dafs das übrige kollagene Gewebe auch die letzte Spur eines eigenen Farbentons verloren hat, und die dunkeln elastischen Gebilde sich gegen den farblosen Untergrund um so besser abheben, so fällt schon bei schwächster Vergröfserung auf, dafs die Schweifsdrüsen trotzdem etwas von jenem Farbenton beibehalten haben, der sonst für das Vorhandensein elastischer Substanz als beweisend gelten darf. Bei stärkerer Vergröfserung nun löst sich jene scheinbar diffuse Färbung in eine unendliche Anzahl dunkeler Querringe auf, die in unterbrochenen Zirkeltouren gewöhnlich mit vereinzelten gegenseitigen Anastomosen in der Membrana propria jeden einzelnen Drüsengang umspinnen. Unwillkürlich mufs man sich bei dem Anblick derselben die Frage vorlegen, ob man es hier nicht mit Kunstprodukten zu thun habe, sei es, dafs es sich um Quellungserscheinungen oder Faltenbildungen oder schliefslich um Einrisse einer strukturlosen Membran handele.

Man wird an jene Bilder erinnert, wie sie nach Entdeckung der HENLEschen Spiralfasern in aufquellenden Bindegewebsbündeln der Arachnoidea und Cutis so vielfach gesehen und beschrieben worden sind. Wie oben erwähnt, finden wir bei KOELLIKER, HEIDENHAIN,[36] BOLL, FLEMMING und manchen anderen Autoren längere Abhandlungen hierüber, und Bildern, wie sie FLEMMING[37] in seiner Arbeit von diesen Querreifen giebt, kann man in der

That eine gewisse Ähnlichkeit mit denen der Schweifsdrüsen nicht absprechen. Dort handelt es sich nun aber immer um Quellungs- oder, wie FLEMMING will, Gerinnungserscheinungen in einer mucinhaltigen Kittsubstanz und zwar in der Weise, dafs diese dunkeln Reifen in abgebrochenen Zügen die ganze Dicke des Bündels durchziehen; in unserem Fall ist es von vornherein unwahrscheinlich, dafs die schwache, ungefähr 2 % Salzsäuremischung gerade auf die Membrana propria, und nur auf diese allein eine derartige Wirkung ausüben sollte, andererseits habe ich bei Kontrollversuchen, bei denen statt der Orceinlösung nur eine entsprechende alkoholisch wässerige Salzsäurelösung angewandt wurde, obigen Effekt nie eintreten sehen. Nimmt man nun noch hinzu, dafs diese Querzeichnung stets um so deutlicher auftritt, je besser die Orceinfärbung ausgefallen ist, dafs dieselbe schliefslich den für elastische Substanz charakteristischen Farbenton trägt, so wird man in derselben wohl den Ausdruck einer bestehenden Struktureigentümlichkeit sehen dürfen.

Wenn wir die Schweifsdrüsen in ziemlich nahe Beziehungen zum elastischen Fasergewebe der Haut treten sehen, so vermissen wir ein derartiges Verhältnis bei den Haaren fast vollständig. Selbst an den am stärksten behaarten Stellen, wie an der Haut des Schädels, weifs das elastische Fasergewebe der Pars reticularis seinen selbständigen Charakter zu wahren. Indem die Faserzüge zwischen den einzelnen Haargruppen hindurchziehen, entsteht auf Flächenschnitten jenes weitmaschige Netzgeflecht, wie es für den Verlauf der Bindegewebsbündel an jenen Orten bekannt war. Wohl umgiebt in der Höhe der Pars reticularis häufig auch noch jedes einzelne Haar ein dichtes Fasergeflecht; je näher wir aber dem an elastischem Material so armen Fettgewebe kommen, um so mehr tritt dasselbe zurück, bis wir im Fettgewebe selber am Haarbalg oft keine Spur mehr von elastischen Fasern finden.

Konstant zeigen sich die Talgdrüsen von einem sehr engmaschigen, feinen, elastischen Netzgeflecht eingescheidet.

An den glatten Muskeln, die unterhalb der Talgdrüsen von den Haaren ihren Ursprung nehmen, ist zunächst von elastischen Fasern nichts zu sehen, ja fast scheint es, als hätte sich das Fasergewebe der Haut im Umkreise der Muskelbündel von denselben zurückgezogen. Gelingt es aber, dieselben in einem Schnitt bis in die Pars papillaris zu verfolgen, so sehen wir, wie nach und nach der ganze Muskel von elastischen Fasern durchsetzt wird, bis schliefslich die Muskelsubstanz ganz geschwunden und an ihre Stelle eine dicke, elastische Endsehne getreten ist, die dann, wie oben bereits besprochen ist, in baumartiger Verästelung im elastischen Fasergewebe der Pars papillaris ihren Ansatz findet. Ähnliche Bilder liefert auch die Tunica dartos des Skrotum, nur dafs hier die einzelnen glatten Muskeln in ihrem ganzen Verlauf gewöhnlich schon in jenen innigen Beziehungen stehen zu den elastischen Fasern; in den oberen Schichten der Pars reticularis finden wir dann wieder zahlreiche, elastische Sehnenstümpfe, von denen die einzelnen elastischen Fasern in senkrechtem Verlauf direkt bis zu dem wohlausgebildeten subepithelialen Netz ziehen.

Dafs die Muskulatur mit elastischem Gewebe oft eng verbunden auftritt, ist eine längst bekannte Thatsache. Die arrectores pilorum läfst schon ihr Entdecker KOELLIKER[38] mit bindegewebig elastischen Sehnen von den obersten Teilen der Lederhaut nahe der Epidermis entspringen.

SCHÖBL[39] hat unter anderen bei Untersuchungen über den Bau der Chiropteren-Flughaut quergestreifte Muskeln ihren Ursprung und Ansatz in elastischen Endsehnen nehmen sehen. Soweit bei meinen Untersuchungen quergestreifte Muskulatur zur Beobachtung kam, also namentlich an Lippe und Augenlid, scheint das Verhältnis der elastischen Fasern zu derselben ein

äufserst inniges zu sein; nicht nur, dafs das Perimysium von elastischem Material durchwebt ist, es zeigt sich auch jede einzelne Muskelfaser von elastischen Fasern umgeben.

In dichtem Fasergewirr begleiten zahlreiche elastische Fasern auch die Gefäfse, und namentlich an den Arterien ist diese elastische Faserscheide besonders stark ausgebildet. Sehr instruktive Bilder liefert auch die Intima, die in dem dunkeln Farbenton des elastischen Gewebes eine geschlossene Röhre mit zahlreichen kleinen Öffnungen darstellt, das typische Bild einer gefensterten Membran.

So reichlich das elastische Fasernetz gewöhnlich in der Haut entwickelt ist, so spärlich tritt es in den Schleimhäuten auf. Dieser Unterschied tritt an den Übergangsstellen von Haut zur Schleimhaut deutlich auf: Pars reticularis ebenso wie Pars papillaris verlieren plötzlich ihr dichtes Fasergeflecht, ja das subepitheliale Netz tritt so sehr zurück, dafs es kaum mehr als eine selbständige Bildungsform gelten kann.

So glaube ich gezeigt zu haben, dafs das elastische Gewebe einerseits in der Struktur der Haut im allgemeinen ein äufserst wichtiges Baumaterial darstellt und derselben erst jene elastische Festigkeit verleiht, die ihr in so hohem Mafse eigen ist, andererseits aber auch mit den verschiedensten Organen der Haut die innigsten Beziehungen eingeht, ja teilweise sogar bei der Funktion derselben selber thätig eingreift, so dafs wir allen Grund haben, dem elastischen Gewebe bei dem Aufbau des Körpers eine selbstständigere Stellung anzuweisen, als man ihm bisher zu geben gewohnt war.

---

Obige Arbeit wurde in der Würzburger Syphilidoklinik angefertigt. Ich erfülle hiermit die angenehme Pflicht, Herrn Dr. du Mesnil für freundliche Unterstützung bei derselben meinen wärmsten Dank auszusprechen.

# Litteratur-Verzeichnis.

[1] Th. Schwann, *Mikrosk. Unters. über d. Übereinstimmung in d. Strukt. und d. Wachstum der Tiere und Pflanzen* 1839, p. 135.

[2] *Allgem. Anat.* 1841, p. 351.

[3] C. B. Reichert, *Vergl. Beob. über d. Bindegew. u. d. verwandt. Gebilde.* Dorpat 1845.

[4] Virchow, Die Identität v. Knochen-, Knorpel- und Bindegewebskörperchen etc. *Verhandl. d. physik. med. Gesellsch. in Würzburg* 1851 II, p. 150 sq.

[5] H. Müller, Bau der Molen 1847 und Über eigenthüml. scheibenf. Körper etc. *Verhandl. d. phys. med. Gesellsch. in Würzburg* 1860 X, p. 132 sq. 136.

[6] *Müllers Archiv,* Jahrb. f. 1852, p. 95.

[7] *Würzb. naturw. Zeitschr.* II., p. 147.

[8] *Archiv f. mikr. Anat.* XXX., 1887.

[9] *Handb. d. allgem. Anatomie* 1840, p. 70.

[10] H. Müller, *Bau der Molen* 1847, p. 82.

[11] Müllers *Archiv* 1852, *Jahresb. üb. mikrosk. An. f.* 1851, p. 96 und M. A. 1853, *Jahresb. f.* 1852, p. 43.

[12] H. Luschka, Der Nervus phrenicus des Menschen 1853, p. 64 sq.

[13] F. Leydig, *Lehrb. d. Histol.* etc. 1857, p. 30 sq.

[14] E. Klopsch, Über die umspinnenden Spiralfasern der Bindegewebsstränge *(Müllers Archiv* 1857*)*.

[15] Über d. umsp. elast. F. in *Zeitschr. f. wiss. Zool.* IX, 1858, p. 140.

[16] Unters. über Bau und Entw. der Gewebe. *Archiv f. mikrosk. Anat.* VII, VIII.

[17] *Archiv f. mikr. Anat.* XII., 1876.

[18] L. Löwe, Zur Histologie des Bindegewebes. *Medic. Jahrb.* 1874.

[19] *Archiv f. mikr. Anat.* IX., 1873.

[20] *Archiv f. mikr. Anat.* XVI., 1879.

[21] *Archiv d. Physiol.* 1882, p. 314.

[22] *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, II., 1883.

[23] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1886, p. 242.

[24] Lustgarten, Viktoriablau, ein neues Tinktionsm. f. elastische Fas. u. f. Kerne. *Medic. Jahrb.* 1886. N. F.

[25] *Über maligne Neurome.* Leipzig 1887, p. 18.

[26] *Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 26, 27.

[27] *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, V., 1886, und *Archiv f. mikr. Anat.* XXVII., 1886.

[28] *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Erg.-Heft Nr. 1. 1887.

[29] *Zeitschr. f. wissensch. Mikrosk. u. f. mikrosk. Techn.*, VI., 1889, p. 473—475.

[30] Refer. im *Archiv f. Dermat. u. Syphil.* 1891, Heft I., p. 142.

[31] *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, XII., 1891, Nr. 9.

[32] *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Erg.-Heft I., 1887, p. 59.

[33] *Archiv f. mikr. Anat.*, XXX., 1887.

[34] *De glandul. duct. efferent. ect.* Dorpat 1853. Dissertation.

[35] *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Erg.-Heft I., 1887.

[36] *Über das Auftreten einer regelmäfsigen Querstreifung an Bindegewebsbündeln.* Studien des physiol. Instit. zu Breslau 1861, Heft I.

[37] Beitr. zur Anat. u. Physiol. d. Bdgwbs. *Archiv f. mikr. Anat.* XII., 1876, Taf. XVIII., Fig. 13.

[38] *Handb. d. Geweb.lehre d. Menschen*, p. 163.

[39] Die Flughaut der Fledermäuse etc. *Archiv f. mikr. Anat.* VII. p. 7.

Fig. 1.

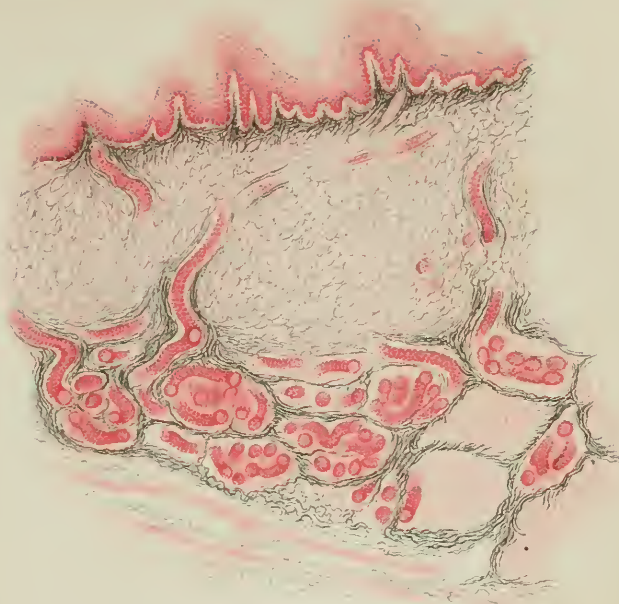
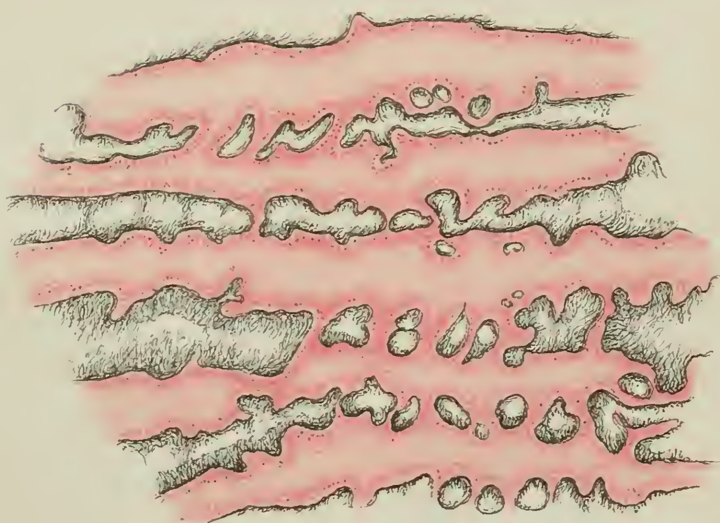


Fig. 2.



A. Rabus del.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 5.

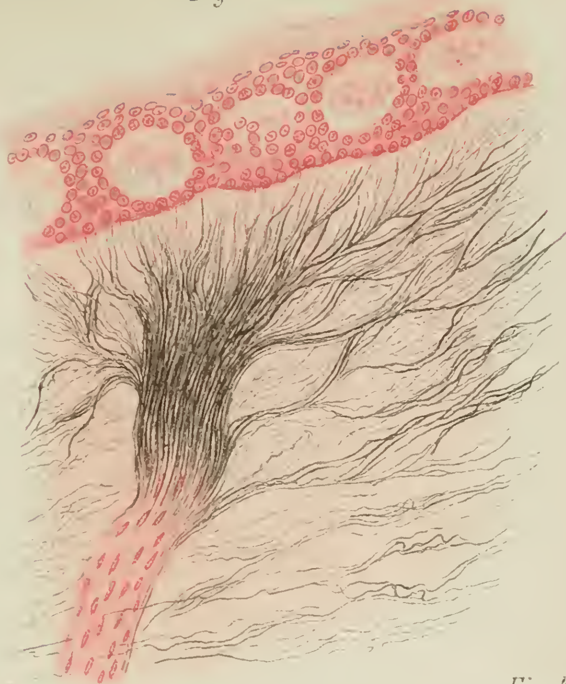
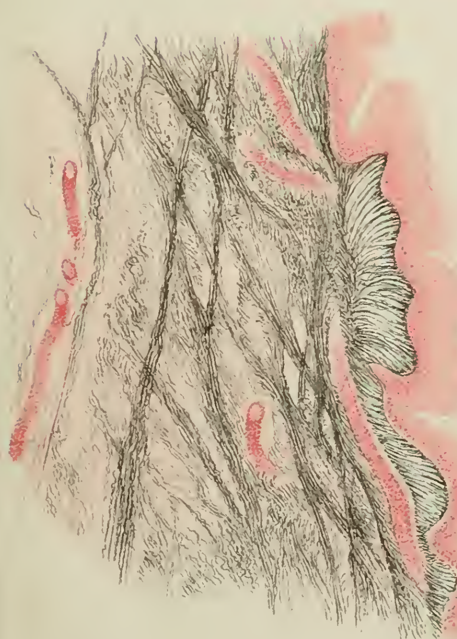
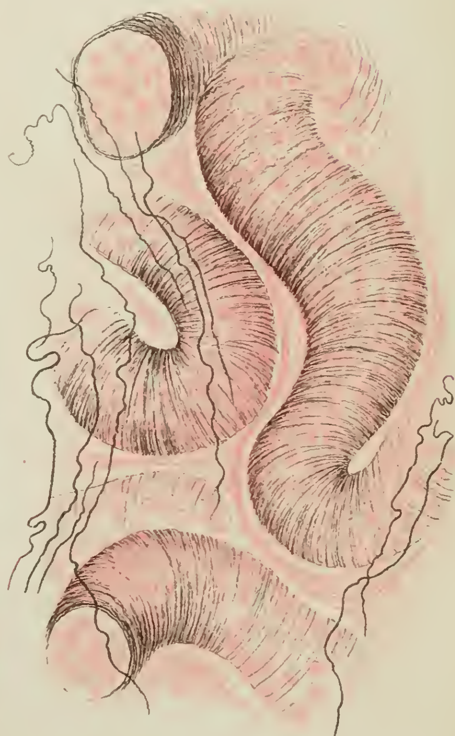


Fig. 4.

Fig. 3.





A. Rabus del.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

## *Ergänzungshefte zu Monatshefte für praktische Dermatologie.*

1885. **Lepra-Studien.** Von Prof. Dr. ***E. Baelz*** (Tokio [Japan]), Prof. Dr. ***E. Burow*** (Königsberg i. Pr.), Dr. ***P. G. Unna*** (Hamburg), Dr. ***A. Wolff*** (Strafsburg i. Elsafs). gr. 8. Mit 9 Abbildungen in photograph. Lichtdruck. (*M.* 6.—) *M.* 3.—.

**Inhalt:** Lepraerinnerungen aus Norwegen, von Dr. ***A. Wolff.*** Mit 6 Abbildungen. — Über Lepra taurica, von Prof. Dr. ***E. Burow.*** Mit 1 Abbildung. — Beiträge zur Lehre von der Lepra, von Prof. Dr. ***E. Baelz.*** — Heilung eines Falles von Lepra tuberosa, von Dr. ***P. G. Unna.*** Mit 2 Abbildungen. — Zur Färbung der Lepra-Bacillen, von Dr. ***P. G. Unna.*** — Zur Histologie der leprösen Haut, von Dr. ***P. G. Unna.***

1886.

Erg.-Heft 1. ***Die Lepra-Bacillen** in ihrem Verhältnis zum Hautgewebe. Von Dr. ***P. G. Unna.*** — **Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra.** Von Dr. ***Adolf Lutz.*** Mit einer chromolithographischen Tafel und einer Abbildung in Holzschnitt. (*M.* 5.—) *M.* 3.—.

Erg.-Heft 2. ***Ichthyol und Resorcin** als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel. Von Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 1.60.) Gratisbeigabe zu Monatshefte für praktische Dermatologie. 1886. Heft 5.

1887. Erg.-Heft 1. ***Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. — Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Mit 3 chromolithographischen Tafeln. (*M.* 5.—.) ***Die Rosaniline und Pararosaniline.** Eine bakteriologische Farbenstudie von Dr. ***P. G. Unna.*** 1887. (*M.* 2.—.) Preis des Ergänzungsheft I 1887 *M.* 4.—.

Erg.-Heft 2. ***Zur Lehre von den Erythemen.** Von Prof. Dr. ***Polotebnoff.*** Vorstand der Dermatologischen Klinik der Militär-Medizinischen Akademie zu St. Petersburg. Mit 7 Holzschnitten. (*M.* 6.—) *M.* 3.—.

Erg.-Heft 3. ***Über ein kombiniertes Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen. — Zur pathologischen Anatomie der Lepra. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mykosis Fungoides.** Von Dr. ***Hermann Kühne*** (Wiesbaden). Mit 2 lithograph. Tafeln (*M.* 3.—) *M.* 1.60.

1888.

Erg.-Heft 1. ***Über die schwarze Haarzunge.** Von Dr. ***Fr. Brosin,*** Assistenzarzt an der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Mit 2 lithographischen Tafeln. (*M.* 2.40) *M.* 1.20.

Erg.-Heft 2. **Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie.** Von Dr. ***Ernst Schwimmer,*** Professor in Budapest. gr. 8. (*M.* 2.40) *M.* 1.80.

1889.

Erg.-Heft 1. ***Über Seifen.** Mit besonderer Berücksichtigung und Angabe von neuen medizinischen Seifen. Von Dr. ***P. J. Eichhoff,*** Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld. (*M.* 1.60) *M.* 1.20.

Erg.-Heft 2. ***Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie.** Neu herausg. von Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

**Inhalt:** Einleitung von Dr. ***P. G. Unna.*** — Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Cutis der Palma manus, von Dr. ***E. Oehl.*** — Zur Funktion der Knäueldrüsen, von Dr. ***G. Meifsner.***

Erg.-Heft 3. ***Neue Studien über Syphilide.** Von Dr. ***P. Tommasoli*** und Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

**Inhalt:** Über tertiäre Syphilide. Histologische und klinische Untersuchungen, von Dr. ***P. Tommasoli.*** — Neurosyphilide und Neurolepride, von Dr. ***P. G. Unna.***

1890. ***Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose.** Von Dr. ***Geyl.*** Mit 2 Tafeln. (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

1891.

Erg.-Heft 1. ***Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems** Von ***L. Duncan Bulkley,*** A. M., M. D. — **Psoriasis.** Von Prof. Dr. ***A. G. Polotebnoff.*** Mit 8 Holzschnitten im Text. 1891. (*M.* 3.—) *M.* 2.20

Erg.-Heft 2. **Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen unter Zugrundelegung von Seifen in flüssiger und weicher Form.** Von Dr. ***F. Buzzi*** (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

*Die mit * bezeichneten Hefte erschienen auch unter dem Sammel-Titel:* ***Dermatologische Studien.*** *Die in Klammer beigesetzten Preise sind die Preise der Hefte für Nicht-Abonnenten der* Monatshefte für praktische Dermatologie.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

10

V. Band. 7. u. 8. Heft.

/10

# Klinische
# ZEIT- UND STREITFRAGEN

unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner

herausgegeben von

Prof. Dr. Joh. Schnitzler,
k. k. Regierungsrath, Direktor der allgemeinen Poliklinik in Wien.

# Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten.

Uebersichtliche Darstellung
der
Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Dezennium.

Von

Dr. H. v. Hebra
Dozent an der Universität und Abtheilungs-Vorstand an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

II. Theil.




WIEN und LEIPZIG 1891.
WILHELM BRAUMÜLLER
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER.

# Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten.

Uebersichtliche Darstellung der Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Dezennium.

Von

**Dr. H. v. Hebra.**

II.

Specieller Theil.

## 1. Die Ekzembehandlung.

Aus praktischen Gründen habe ich die Besprechung der Behandlung des akuten und des chronischen Ekzemes gesondert vorgenommen, da ja die nothwendigen therapeutischen Maassnahmen bei diesen beiden Formen derselben Krankheit in Vielem von einander differiren und es wichtig ist, aus dem akuten Stadium heraus die Heilung zu erzielen, ehe sich ein chronisches Ekzem entwickelt, für welchen Fall eine viel längere Behandlungsdauer nöthig wird.

### Die Behandlung des akuten Ekzemes.

Gegen das akute Ekzem sehen wir im Allgemeinen Mittel angepriesen werden, welche eine austrocknende Wirkung ausüben, auf diese Weise die blasenbildenden und epidermisabhebenden Entzündungsproducte aufsaugen und so die Konservirung der Epidermisreste, sowie die Regeneration der epithelialen Decke begünstigen. Nebstdem trachtet man auch die antiphlogistische Wirkung damit zu vereinigen. Es werden also hier kalte Streupulver, Waschungen und Spray mit rasch verdunstenden, und daher wärmeentziehenden Flüssigkeiten (Alkohol, Aether, Chloroform), sowie milde Salben zur Verwendung kommen.

Nebst den längst bekannten Pulvern wie Stärke- und Reismehl, Kreide, Zincum carbonicum, Lycopodium, Magnesia carbonica, Veilchenpulver etc. finden wir bei Anderson (Journ. of cut. and ven. dis. Mai 1883) den sogenannten Cimolith angegeben, ein mir unbekanntes, hauptsächlich Talkerde enthaltendes Pulver, das von John Taylor 13 Bakerstr., Portman Square, London W. bereitet wird. Bronson (Journ. of cut. and. ven. d. Febr. 1883) setzt diesem Pulver

noch Gyps (1 : 8) hinzu, um die aufsaugende Wirkung bei reichlicher eitriger Sekretion zu erhöhen. Rohé (The med. Chronicle Balt. Febr. 1883) und Sherwell (Tr. of the New-York Derm. Soc. 1883) empfehlen Kalomel-Streupulver mit Wismuth (1 Kal. auf 5 Bism.) oder auch ohne dieses an, ein Verfahren. das sicher nur mit grosser Vorsicht gepflogen werden darf, wegen der Möglichkeit rascher Resorption des Quecksilberpräparates von Seite der epidermislosen Stellen. Die Bedeckung mit reinem Wismuth wird von Weisse & Landgraf (Aerztl. Int.-Blatt. 1883. Nr. 16) besonders warm empfohlen, von letzterem in Verbindung mit Applikation von heissem Wasser.

Das schon vor vielen Jahren bei Erysipelen, Lymphangoitiden und ähnlichen Entzündungsprozessen mit Vortheil verwendete heisse Wasser, wurde jetzt auch bei akuten und chronischen Ekzemen von Unna empfohlen. Die Wirkung ist in vielen Fällen zweifellos und rasch eintretend. Es scheint. dass die durch die in Folge der Wärme eintretende Gefässparese vorübergehende Hyperämie einen restaurirenden Einfluss auf den Tonus der Gefässe ausübt, welche nun eher zur Kontraktion zu bringen sind. Wird nun das Gesicht nicht vollkommen abgetrocknet, sondern lässt man es noch etwas feucht, so kühlt das zurückbleibende Wasser die heissen Stellen noch mehr ab, und die Gefässkontraktion wird dadurch gesteigert.

Zur Vornahme der Applikation des heissen Wassers bediene ich mich eines Irrigateurs mit ungefähr einem Liter Inhalt. Der Irrigateur wird in nicht zu beträchtlicher Höhe aufgehängt, am Ende des Gummischlauches wird die «Rose» einer kleinen Giesskanne befestigt und eine milde Douche auf die erkrankten Theile applizirt. Hände und Füsse können direkt in Gefässe mit warmen Wasser getaucht werden. Die Temperatur des Wassers schwankt in den einzelnen Fällen zwischen 26 und 30 Graden. Nachträglich wird ein Streupulver, oder werden, wie bei Neigung zu exzessiver Borkenbildung, Salben applizirt.

Sehr günstig auf die Trockenlegung stark nässender Ekzemstellen wirkt auch die Salicylsäure. In manchen Fällen, besonders wenn das akute Ekzem auf ein kleines Territorium beschränkt geblieben, applizirte ich eine konzentrirte Lösung von acidum salicylicum in Aether sulf., z. B. 10 auf 50. Bepinselt man die ekzematöse Stelle mit dieser Lösung, so bleibt nach Abdampfen des Aethers eine weisse Salicylschichte zurück, unter der ich schon nach 24 Stunden ein Sistiren der Exsudation zu sehen Gelegenheit hatte. Bei grösserer Ausdehnung des Leidens wird man besser schwächere Salicyllösungen in Form des Spray's anwenden, und nebst der besprochenen Wirkung auch noch Verminderung des Juckens konstatiren können.

Regimentsarzt Dr. Kersch theilt die Vorzüge der Salicylbehandlung und macht uns mit derselben in «Memorabilien» 1888 Nr. 10 bekannt. Er verwendet ausschliesslich «salicylisirtes Stärkemehl», welches bereitet wird, indem man reines Stärkemehl in kleinen Partien successive unter starkem Umrühren in eine 2—3prozentige alkoholische Salicyllösung schüttet, welche aber in so grosser Menge genommen werden muss, dass dieselbe das sich zu Boden setzende Amylum handbreit überragt. Nachdem sich dann das Stärkemehl vollständig auf dem Boden abgesetzt hat, wird der Alkohol abgegossen, der Rückstand durch ein dichtes Mousselinetuch durchgepresst, der in der Mousseline verbliebene Stärkemehlteig getrocknet, zerrieben und hernach das Mehl abermals bei 80° Celsius getrocknet. Den Einwand, dass ein einfaches inniges Gemenge von Salicylsäure und Stärkemehl denselben Dienst leisten würde, widerlegt er durch die mikroskopische Untersuchung, da man bei dem nach seiner Vorschrift bereiteten Salicylamylum jedes Amylumkügelchen in einem mikroskopischen Krystallrudiment eingeschlossen oder eingebettet finde, während bei der trockenen Vereinigung die beiden Stoffe an vielen Stellen noch in verschiedener Menge getrennt gefunden werden. Kersch lässt zuerst mittelst einer warmen 2prozentige Karbollösung die Schuppen und Borken ablösen, nach dem Trockenwerden die Stellen mittelst einer 2prozentigen Lösung von Salicylsäure in möglichst wasserfreiem Alkohol bestreichen und sofort mit seinem salicylisirten Stärkemehl bestreuen.

Beim akuten, generalisirten, vesikulären Ekzem braucht Duhring (Mon. f. prakt. Derm. 1883. pag. 382) folgende Flüssigkeit:

Rp. Acidi carbolici liquefacti guttas XXXX
Spir vin. rect. . . Grammata 20
Glycerini . . . . . . . . 8
Zinci oxydati
Amyli trit . . . . . . . . aa 10
Aq. font . . . . . . . 240

zum Aufwischen. Der Rückstand trocknet auf der Haut ein.

Ich selbst verwende in solchen Fällen vor weiter Ausdehnung über die allgemeine Decke bald nach Beginn des Auftretens des akuten Ekzemes seit Jahren Resorcin. In die ein- bis zweiprozentige wässerige Lösung (mit Aq. destillata) werden frisch ausgekochte Kompressen oder Verbandwattelagen getaucht und möglichst feucht aufgelegt, mit Guttaperchapapier oder Billrothbatist bedeckt, niedergebunden und so oft gewechselt, als es nöthig ist, um die Umschläge stets feucht zu erhalten. Ich ziehe diese Resorcinbehandlung der mit Burow'scher Lösung bedeutend vor, da ich von letzterer oft beträchtliche Reizung und Verschlimmerung gesehen

habe. Es ist dabei aber auf die Qualität des Resorcins sehr Acht zu haben, da ein schlechtes Präparat, das nicht vollkommen weiss ist, sondern sich bereits gebräunt hat, nicht nur keine günstige Wirkung äussert, ja sogar ätzend zu wirken vermag.

Ist der erste Ansturm vorüber, und noch eine geröthete, meist heftig juckende Stelle zurückgeblieben, so eignen sich milde Salben zur Bekämpfung dieser Erscheinungen, oder auch Umschläge mit adstringirenden Lösungen. So giebt ROHÉ eine Lösung von 2 Gramm Natrum bicarb. auf 30 aq. caltis, — oder eine schwache Karbollösung von 0·1 auf 30, — oder alkoholische Karbollösungen. ANDERSON empfiehlt die Anwendung eines Blausäurewasch-Wassers nach der Formel:

Rp. Acidi hydrocyanici diluti 0·6—4·0
(enthält 2% Ac. hydrocyanic)
Aqu. dest. . . . . . . . 30·0
Glycerini . . . . . . . . 4·0

Die starke Lösung darf nach Angabe des Autors nur auf kleinen Stellen angewandt werden. Es wird daher angezeigt sein, von ihr so selten als möglich Gebrauch zu machen, dem Patienten das Mittel nicht in die Hand zu geben, sondern die Applikation selbst vorzunehmen.

Unter den zahlreichen Salben, welche gegen das 2. Stadium des akuten Ekzemes angepriesen werden, seien mit Hinweglassung der älteren Präparate, die ich als bekannt voraussetze, folgende erwähnt: ANDERSON's aus frischem Fett bereitete Zinkglycerinsalbe nach der Formel:

Rp. Pulv. camphorae . 2
« Zinci oxydati
Glycerini . . . āā 8
Adipis benzoïnati . 30
Cochenill . . . . 0·06
ol. rosar. . . guttam I.

oder folgende Salbe:

Rp. Bismuthi oxydati . 3
Acidi oleici . . . 24
Cerae alb. . . . . 9
Vaselini . . . . 27
ol. rosar. . . guttas duas

Nach VEIEL's vergleichenden Versuchen soll diese Salbe bei manchem Patienten mehr Reizungserscheinungen hervorrufen, als die WILSON'sche Zinksalbe, aber wenn sie gut vertragen wird, rascher heilend wirken.

Ferner eignen sich in den späteren Stadien Unna's sogenannte Kühlsalben, unguenta refrigerantia, von denen einige hier angeführt werden sollen:

Ungut. refrigerans simpl.:

| | |
|---|---|
| Lanolini (anhydrici) . . | 10 |
| Adipis benz. . . . . | 20 |
| Aquae rosarum . . . | 30 |

Ungut. refrigerans aquae calcis:

| | |
|---|---|
| Lanolini . . . . . | 10 |
| Adipis benz. . . . . | 20 |
| Aqu. calcis . . . . | 30 |

Ungut. refrigerans plumbi subacetici:

| | |
|---|---|
| Lanolini . . . . . | 10 |
| Adipis benz. . . . . | 20 |
| Liqu. plumb. subacetici | 30 |

An diese Haupttypen schliesst sich eine wasserhaltige Zinksalbe Ungut refrigerans Zinci an: Lanolini 10·0, Ungut. Zinci benz. 20·0, Aqu. rosarum 30·0. — An Stelle der Zinksalbe, wo einfache Fette schlecht vertragen werden.

Sodann eine kühlende Pomadengrundlage: Ungut. refrigerans pomadinum: Lanolini 10, Unguent. pomadini 20, Aqu. dest. 30. — An Stelle gewöhnlicher Pomadengrundlagen bei erythematöser, heisser Kopfhaut, eventuell mit Ersatz des Wassers durch Kalkwasser.

Endlich als Typus einer medikamentösen, kühlenden Salbe die Ichthyolkühlsalbe: Unguent. refrigerans Ichthyoli: Lanolini 10, Adipis benz. 20, Aqua dest. 24, Ichthioli 6.

Beim akuten und subakuten Ekzem mit reichlichen vesikulären, stark juckenden Nachschüben wandte Lustgarten (Wr. med. Woch. 1887. Nr. 12) als der erste das Cocaïn an, indem er eine 2percentige wässerige Lösung ein- bis zweimal in 24 Stunden einpinseln liess, unbeschadet der anderweitig nothwendigen Medikation. Da die juckenmildernde Wirkung hier nur an den der Epidermis beraubten Stellen auftritt, ist sie keine gleichmässige, und es erfolgt daher auch nur ein partieller Nachlass des Juckens.

Das Cocaïn scheint mir aber auch einen direkt entzündungswidrigen Einfluss zu besitzen, der, wenn auch nicht sehr eklatant, bei erythematösen Eruptionen bemerkbar wird. Diese Ansicht wird von mehreren Seiten bestätigt.

So sah Geyer, der das Cocaïn (Pest. med.-chir. Presse 1888 Nr. 31) bei juckenden Hautkrankheiten überhaupt warm empfiehlt, sofortige überaus günstige Wirkung bei dem als Jodoform-Derma-

titis bekannten Ekzem. Von der Ansicht ausgehend, dass diese entzündlichen Erscheinungen meistens die Folge des Kratzens sind, dass also durch das Jodoform eigentlich blos Jucken und vielleicht eine Entzündung nur mässigen Grades hervorgerufen wird, bepinselte er die betroffenen Hautstellen 2 bis 3 Mal mit einer 10- bis 15perzentigen Lösung von salzsaurem Cocaïn, und sah die Dermatitis stets sofort schwinden; doch schien ein Einfluss auf die Rückbildung von Blasen, sofern solche schon aufgetreten waren, nicht stattzuhaben, obwohl der Entzündungsprocess in seinem Fortschreiten gehindert war.

Ich halte dafür, dass die Ekzemerscheinungen das unmittelbare Resultat der Jodoformapplikation sind, denn sie treten oft an ganz fest verbundenen Stellen auf, an denen nicht gekratzt wurde, kann mich also Geyer's Erklärungsweise nicht akkomodiren, wenn ich auch den heilenden Einfluss des Cocaïn's reichlich zu bestätigen vermag.

Unna priess (Mon. f. p. Derm. 1885, p. 71) die ausserordentlich günstige Wirkung des Cocaïns bei dem rhagadiformen Ekzem der Brustwarzen, und nennt es da ein wirklich unersetzliches Heilmittel. So leicht es im Allgemeinen ist, dieses Ekzem zum Schwinden zu bringen, wenn die Warzen geschont werden können, ebenso schwer ist es, die wunden Warzen zu heilen, wenn die betreffenden Mütter oder Ammen das Sauggeschäft nicht unterbrechen wollen, oder können. Wird nun in den Pausen zwischen einem Nähren und dem anderen alle 10 Minuten die Mamilla mit einer $^1/_2$ bis 1prozentigen Lösung von Cocaïnum muriaticum bepinselt, so sistirt nicht nur der heftige Schmerz beim Ansaugen, sondern es zeigt sich auch rasche Neigung zur Heilung und Ueberhornung. Schon das nächste Anlegen des Kindes ist weniger schmerzhaft, jedes spätere noch erträglicher, so dass nach 1 bis 2 Tagen bereits die Schmerzen verschwunden sind und auch meist schon vollständiges Verheilen der Risse und Sprünge verzeichnet werden kann.

Weissenberg & Marfeau (Allg. med. Central-Ztg. 14. und 18. März 1885) bestätigen die gute Wirkung. Ersterer bediente sich einer 2procentigen Lösung, letzterer gar einer 20prozentigen, die einmal kurz vor dem Säugen eingepinselt wird.

Ich habe erfahren, dass der unangenehme Geschmack stärkerer Cocaïn-Lösungen die Säuglinge vom raschen Erfassen der dargereichten Brust abhält; ich verwende daher schwächere, höchstens 5 Prozent Lösungen, und lasse die Mamilla unmittelbar vor dem Säugen, mit Wasser, oder noch besser mit Resorcin-Lösung, die angenehm süss ist, abwaschen.

Creyx & Jarry (Deutsche Medicinal-Ztg. Nr. 25, 1889) empfehlen zum Einpinseln von wunden Brustwarzen:

Saloli . . . . . . . . 4·0
solve in Aeth. sulf. puriss 4·0
adde Collodii elast. . . 30·0

Zur

## Behandlung des chronischen Ekzemes

übergehend, beginne ich mit dem Ekzem der Kinder, weil es sozusagen eine Zwischenstufe zwischen dem akuten und exquisiten chronischen Ekzeme abgibt und bespreche es eingehender, weil die infantilen Gewebe häufig in etwas anderer Weise auf ekzemerzeugende Reize, jedenfalls aber viel intensiver reagiren, als die Gewebe Erwachsener. Zudem ist von Alters her, die Ansicht verbreitet, dass jedes Kinder-Ekzem mit einer allgemeinen Störung im Organismus vergesellschaftet sein müsse und die Meinungen betreffs der Nothwendigkeit der Heilung solcher Ekzeme variiren bis zur Anschauung der Unerlaubtheit dieser therapeutischen Maassregel.

Mit mir übereinstimmend erklärt Schiff (Archiv f. Derm. und Syph. 1890, XX., pag. 891), der von 1886—1888 an seiner Abtheilung des Kinder-Krankeninstitutes 449 Kinder mit allen möglichen Formen von Ekzem behandelt hat, die Thatsache des häufigen Vorkommens dieser Krankheit aus den anatomischen Eigenthümlichkeiten der kindlichen Haut: der Dünnheit der Epidermis, und daher der oberflächlichen Lage der gefässführenden Papillenschicht, dem starken Turgor der jugendlichen Haut und endlich der Hypersekretion der Hautdrüsen. Wie geringe Schädlichkeiten genügen, um auf einem so zarten Organ Ekzem zu erzeugen, beweist eine Mittheilung von Wackez (Therap. Monatshefte 1889, Nr. 6) der bei 7 Kindern unter 17 das Auftreten heftigen Ekzemes mit Blasenbildung nach Applikation von Pearson'schem Creolin (1 auf 1000 Wasser) auf leicht verwundete Stellen beobachtete, welches Ekzem sich rasch von der Entwicklungsstätte auch auf andere, benachbarte Stellen verbreitete.

Ueberhaupt kann man gar nicht genug eingehend rathen, bei allen Ekzemen, speziell hier beim Ekzem der Kinder die direkte oder indirekte Entstehungsursache der Krankheit zu erforschen zu trachten. Es geschieht sehr oft, dass trotz sorgfältiger Behandlung manche Ekzeme nicht schwinden wollen, oder wenn sie geschwunden sind, sehr oft recidiviren, weil man das ätiologische Moment nicht genügend berücksichtigte. Ich würde fürchten, Längstbekanntes zu wiederholen, wenn ich auf diese Angelegenheit tiefer eingehen würde, glaubte aber doch dieselbe erwähnen zu sollen, um dem

behandelnden Arzt daran zu erinnern. Eine Entstehungsursache von Kinderekzem kann ich aber doch nicht, mit Stillschweigen zu übergehen, mich entschliessen, weil sie die häufigste, und doch am wenigsten gewürdigte ist, und das ist der Schweiss. Kann der Schweiss rasch verdunsten, so bleibt er unschädlich; wird er aber längere Zeit an der Haut zurückgehalten, so genügt seine Einwirkung, um an dem zarten Integument der Kinder erst lebhafte Röthe, dann intensive Ekzeme zu erzeugen.

In solchen Fällen muss das Nöthige geschehen, um die Haut trocken zu halten; es muss zu warmes Einwickeln vermieden werden, und die Kinder müssen mehrmals im Tage frei liegen, wie wir sagen, sich ausstrampfen können. Um ein solches Macerationsekzem im Gesichte zu vermeiden, soll zwischen der Brust der Amme und dem Gesichte des Kindes während des Saugens ein Stück Leinwand, oder Watte, oder hydrophile Gaze liegen, welche Stoffe wieder mit etwas Amylum, Salicylamylum und dergleichen bedeckt sein können.

Sowohl gesunde, als kranke Kinder sind unter geeigneten Verhältnissen der Möglichkeit ausgesetzt, ein Ekzem zu acquiriren. Selbstverständlich werden kranke Organismen den auf sie einwirkenden Schädlichkeiten weniger Widerstand entgegen zu setzen im Stande sein, als gesunde, und werden die ersteren daher auch häufiger von Ekzemen befallen werden. Ich halte es aber nicht für statthaft, in die alten Fehler zurückzufallen, und gewisse Dyskrasien, oder bestimmte Organerkrankungen für die Ekzementwicklung zu beschuldigen, wie dies zum Beispiel Byfort (nach Monatsh. f. prakt. Derm. V. 2. pag. 75) thut, der mangelhafte Leberfunktion als den meisten Ekzemen bei Kindern zugrunde liegend ansieht und Kalomel zur Behebung beider verordnet.

Es ist wohl selbstverständlich, dass alle Maassnahmen getroffen werden müssen, um den schwächlichen Organismus zu kräftigen und dadurch die einzelnen Organe widerstandsfähiger zu machen. Die Anführung solcher Mittel und Wege gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit. Wichtig ist aber auch die Wahl der Nahrungsmittel, um allfallsige Urticariaausbrüche hintanzuhalten, welche selbst wieder wegen des begleitenden Juckens und Kratzens zu Ekzem führen, ein vorhandenes verschlechtern können.

Von neueren, interne zu verabreichenden Mitteln, welche direkt den äusserlichen Prozess beeinflussen, sei des Chryarobins Erwähnung gethan.

Bei pustulösen und impetiginösen Ekzemen, besonders lymphatischer und skrophulöser Kinder hat Stocquart (Mon. f. prakt. Derm. 1886, Nr. 1) manchmal überraschende Erfolge durch An-

wendung des Chrysarobins interne erzielt. Er gab es in Mixtur von einem halben bis zu anderthalb Centigramm (0·005 bis 0·015) pro die in häufigen kleinen Dosen. Stocquart schliesst aus der Art des Verlaufes der zunehmenden Genesung auf eine vasoconstriktorische Eigenschaft des Mittels, da die Heilung unter Abblassen des erkrankten Gewebes und Verminderung der purulenten Sekretion erfolgt. Auf die subjektive Juckenempfindung wirkt das Chrysarobin bei innerlicher Darreichung nicht.

Betreffs der lokalen Ekzembehandlung erwähne ich hier nur jene Methoden, welche speciell als für Kinder geeignet angegeben wurden, während jene, welche auch bei Erwachsenen Anwendung finden, später abgehandelt werden.

Burckhardt (Mon. f. p. Derm. 1885) lässt bei pustulösem Ekzem der Kopf- und Gesichtshaut, welches so oft von phlyktenöser Entzündung der Konjunktiva und Cornea begleitet wird, Bepinselungen mit 3perzentiger Nitras-argenti-Lösung vornehmen. Die etwa vorhandenen Ekzemkrusten werden vorher möglichst abgeweicht, an den erkrankten Stellen die Haare kurz geschnitten und nunmehr mit Hilfe eines etwa 5 Millimeter dicken Tuschpinsels über alle ekzematösen Stellen die Höllensteinlösung schnell aufgepinselt, wobei die Augen geschlossen gehalten werden sollen, um das Eindringen der übrigens unschädlichen Lösung in den Konjunktivalsack zu vermeiden. Unmittelbar nach dem ersten Ueberstreichen wird mit einem leinenen Lappen abgetrocknet, allfalls noch vorhandene Borken entfernt, Pusteln eröffnet, wieder gepinselt, wieder abgetrocknet und dies etwa vier- bis fünfmal wiederholt. Anfangs werden die Bepinselungen täglich, später einen Tag um den andern vorgenommen, dabei verkleinert sich der Umfang der ekzematösen Stellen zusehends von Tag zu Tag und die etwa vorhandenen Hautgeschwüre verheilen rasch. Unterstützen und beschleunigen lässt sich der günstige Verlauf noch dadurch, dass man auf die kranken Stellen nach der Bepinselung eine Salbe aus

Rp. Ol. Cadini . . 1·5
Flor. Zinci . . 2·0
Vaselin. amer. 10·0

dick aufstreicht, was insbesondere beim Ekzem der Rückfläche der Ohrmuschel und Umgebung nothwendig ist. An den Lidern soll die Salbe aber vermieden werden, weil sie durch Eindringen in den Konjunktivalsack Reizungserscheinungen nach sich zieht; hier ist ein Unguent mit Hydrg. praecip. alb. vorzuziehen.

Auch Caesar Boeck lobt (Tidskrift for praktik Medicin 1887, Nr. 17) bei hartnäckigem, stark nässendem Kinderekzem die Wirkung der Lapislösung. Er lässt sie in der Konzentration von 1 auf 500

Morgens und Abends als Umschläge für einige Stunden appliciren, und verordnet für die übrige Zeit eine Bleisalbe; später, wenn das Nässen nachgelassen hat, Theerpinselung mit Bleisalbeapplikation.

Cerasi lobt sich (nach Wr. med. Pr. 1888, Nr. 47) bei Ekzem der Kinder die Wirkung der Pikrinsäure, von der er in 7 Fällen Anwendung gemacht hat. Nach Entfernung der Krusten und Reinigung der ekzematösen Oberfläche legte er Kompressen auf, die in eine Lösung von Pikrinsäure 1 : 300—1 : 150 getränkt sind. Schon nach vier- bis sechsmaliger Anwendung dieser Kompressen tritt eine bedeutende Abnahme der Hyperämie und der serös-eitrigen Exsudation ein, so dass in kurzer Zeit Heilung erfolgt.

Nach P. J. Eichhof (über Seifen Dermatolog. Studien, 2. Reihe, 1. Heft) thut die überfette 3perzentige Chininseife auch bei dem intertriginösen Ekzem der Kinder ausgezeichnete Dienste. Waschen mit derselben, und nachheriges Einstreuen mit indifferenten Streupulvern mehrmals des Tages hatten in sehr kurzer Zeit das die Kleinen so sehr quälende Uebel gänzlich behoben.

Da bei manchen Kindern das Baden und die Anwendung von Seifen ein vorhandenes Ekzem verschlechtert, bei Säuglingen besonders aber doch auch wieder Reinlichkeit zu herrschen hat, um die deponirten Exkremente zu beseitigen, ist es sehr wichtig, entsprechende Seifen zu besitzen, welche nicht übermässig epidermisverflüssigend wirken. In dieser Hinsicht sind Eichhoff's überfette Seifen sehr empfehlenswerth, und speziell die 3prozentige Chininseife von guter kurativer Wirkung.

Bei weit ausgedehnten Ekzemen, wo wegen des häufigen nothwendigen Verbandwechsels die Kinder durch diesen selbst viel geplagt sind, scheint mir Hüllmann's Therapie sehr zweckentsprechend, der (nach Wiener med. Blätter, 1885, Nr. 28) Bäder von Kalium hypermanganicum verordnet. Er giebt 1 Gramm des Mittels auf 1 Eimer Wasser, und lässt die kleinen Patienten so lange darin, bis eine gelbbräunliche Färbung der Haut eintritt, nachdem er dickere Schuppenlager und Borken schon vorher durch Maceration entfernt hatte. Die Wirkung soll in allen Fällen vortrefflich gewesen sein.

*
* *

Einer Besprechung der Fortschritte der Therapie des chronischen Ekzemes Erwachsener sollte eigentlich, wie ich es schon beim Ekzem der Kinder erwähnte, eine eingehende Darlegung auch der Fortschritte in der Aetiologie des Ekzemes vorangehen, da die Berücksichtigung der Entstehungsursache von hohem Einflusse auf die Wahl der Heilmethode sein muss. So verführerisch ein solches Unternehmen auch wäre, muss ich mich dennoch be-

scheiden, nur einige Anhaltspunkte zu liefern, da eine ausführliche Abhandlung dieses Themas über den Rahmen dieser Arbeit weit hinausragen würde.

Die weitaus grösste Anzahl aller Ekzeme ist wohl auf die Wirkung äusserer Reize zurückzuführen, also im strengsten Sinne artifiziell. Der Boden, auf dem die Reize ihre Wirkung äussern, ist verschieden, und daher ist auch das Produkt dieser Reizwirkung ein verschiedenes. So kommt es, dass das gleiche Reizmittel von Einem, ohne irgend welche Läsion zu erzeugen, vertragen wird, während es bei einem Anderen nur leichte, bei einem dritten schwere Entzündungserscheinungen hervorbringt, die alle mit mehr oder minder Berechtigung in dem Bereich des Begriffes Ekzem subsummirt werden. Dieser Reizmittel sind so vielerlei, dass es ein vergebliches Beginnen wäre, sie aufzuzählen; ich will nur aufmerksam machen auf all' die zahlreichen alkalischen und saueren Flüssigkeiten (Laugen, Beizen) und auf andere ätzende Stoffe, welche in gehöriger Verdünnung nicht verschorfend, aber entzündungserregend wirken, auf Harze, Tinkturen und Essenzen, wie sie bei mannigfachen Gewerben in Anwendung stehen und so recht zu Gewerbe-Ekzemen führen. Der aufmerksame Arzt wird den Kreis dieser Fälle viel weiter finden, als er ihn sich a priori gedacht haben mag. Zu dieser Gruppe gehören auch noch jene Ekzeme, die durch angewandte Heilmittel künstlich geschaffen wurden, oder welche durch zufälligen Kontakt mit den reizenden Substanzen entstanden.

Eine andere Anzahl von Ekzemen verdankt ihr Entstehen ausschliesslich dem kratzenden Finger, ist also durch Jucken erzeugt, welches vor dem Auftreten des Ekzemes vorhanden war und wobei letzteres nur die Folge der reflektorischen Bewegung zur Stillung der ersteren ist. Dass hier die Beseitigung der juckenden Empfindung vor allem Anderen anzustreben ist, beweist einerseits der stete Erfolg bei der Kur der Skabies, andererseits der Mangel derselben bei lang bestehender Prurigo. Sobald wir im Stande sind, die Milben zu tödten, hört das Jucken auf und schwindet das artifizielle Ekzem von selbst oder bei einer Behandlung von wenigen Tagen. Bei der Prurigo hingegen sind wir in vorgeschrittenen Stadien der Krankheit nicht in der Lage, dauernde Beseitigung des Juckens zu erzielen, und da sehen wir das Ekzem sofort wieder auftauchen, wenn eine Unterbrechung in der sorgfältigen Pflege solcher Patienten eintritt. Die Behandlung des Ekzemes allein, ohne Berücksichtigung des causalen Momentes wird daher in diesen Fällen nur vorübergehende Besserung, nicht Heilung im Gefolge haben.

Zunächst diesen stelle ich eine fernere Gruppe von Ekzemen, bei denen zweierlei Reize sich an der Entstehung der Krankheit be-

theiligen, die mykotischen Ekzeme. Hier wirkt sowohl der durch die Invasion der Pilze auf der Haut direkt erzeugte Reiz, als auch das Kratzen ekzemerregend ein und vermag in alten hochgradigen Fällen das Bild durch das Kratzen solchen Veränderungen zu unterliegen, dass man aus der Lokalisation, Konfiguration und anderen Momenten, wie Resistenz gegen jede nicht parasiticide Therapie, die richtige Diagnose zu machen genöthigt ist.

Weiland mein Vater und v. Baerensprung hatten schon in Betracht rein klinischer Merkmale das Ekzema marginatum, resp. Erythrasma von den anderen Ekzemen getrennt. Köbner (1864) und Pick (1869) haben deren mykotische Natur nachgewiesen und ich selbst habe den Bereich des durch Pilze entstandenen Ekzemes (Wr. med. Blätter 1881, Nr. 39 u. 40) noch weiter ausgedehnt. Der von mir adoptirte Name: Dermomykosis flexurarum hat insoferne Berechtigung, als er aufmerksam macht auf die Lokalisation dieses parasitären Ekzemes, das in vielen Fällen gerade die Beugen der Gelenke okkupirt und dadurch den Arzt dahin leitet, sich über die Natur des Exanthemes genauer zu informiren.

Im Verlaufe der zehn Jahre, die meiner beregten Publikation gefolgt sind, bin ich aber zur Ueberzeugung gekommen, dass die Anzahl der mykotischen Ekzeme eine bei weitem grössere ist, als ich bisher annahm, und die Erfolge meiner eingeschlagenen Behandlungsweisen haben meine Anschauung gerechtfertigt, da ich eine Menge von Fällen dauernder Heilung zuzuführen vermochte, welche ehedem trotz antiekzematöser Behandlung von aufeinander folgenden Rezidiven geplagt waren. Dabei beschränkte sich die Mykose nicht nur auf die Gelenksbeugen, sondern an allen möglichen Stellen der allgemeinen Decke trat sie auf, so dass ich, um alle Fälle mit einem gemeinsamen Namen zu belegen, die Bezeichnung Ekzema mykoticum gebrauche. Unterstützung meiner Anschauung finde ich bei Neisser und Unna, von denen Ersterer den von mir adoptirten Ausdruck gleichfalls verwendet, während Unna in seinem Ekzema seborrhoicum einen Typus aufgestellt hat, der nebst Anderem auch die mykotischen Ekzeme einschliesst. Dass der Ausgangspunkt nicht immer der behaarte Kopf ist und das erste Symptom, die Seborrhoe, oft fehlt, widerspricht meiner Behauptung nicht, da ja auch Unna von einem Ekzema seborrhoicum sine seborrhoea spricht. Freilich wird dann die Berechtigung zum Tragen dieses Titels fragwürdig.

Auch noch in den allerjüngsten Tagen fand ich eine Bestätigung der Richtigkeit dieser meiner Auffassung von der weiten Verbreitung und dem häufigen Vorkommen jener Erscheinungen, die ich unter dem generellen Namen Ekzema mykoticum zusammenfasse, in einem «Pariser Brief» von Louis Wickham (Monatschrift f. prakt. Derm.

Bd. XIII. Nr. 37). Statt aber zu trachten, die den einzelnen Fällen zukommenden Berührungspunkte zu finden und sie dadurch von einem gemeinsamen Faktor aus zu beurtheilen, der eben die Pilzwucherung mit den konsekutiven Symptomen ist, schlägt WICKHAM nicht weniger als sechs verschiedene Formenbezeichnungen vor, die er, wenn er ein reichliches Material längere Zeit beobachtet und verfolgt hätte, als ebenso viele Phasen derselben Krankheit, als Entwicklungsstufen und Gradunterschiede in der Intensität des Uebels zweifellos erkannt hätte.

Weiters sind die durch Stauung erzeugten Ekzeme zu erwähnen. Nebst anderen, nicht nur der Haut zukommenden Erscheinungen ruft die bei venöser Stauung eintretende passive Hyperämie endlich Knötchen- und Bläschenbilduug hervor, und nach Entfernung der Bläschendecken liegt ein nässendes, rothes, leicht blutendes Stratum zu Tage. Bei dem Umstande, als die Varicenbildung selbst zu Juckem führt, das entstandene Ekzem dieses Jucken noch steigert, ist es leicht erklärlich, warum gerade diese Ekzeme so verhältnissmässig rasch zu tieferen Verletzungen, Excoriationen und schliesslich zu Geschwürsbildung führen; doppelte Nothwendigkeit daher, allen diesen Vorkommnissen sein Augenmerk zu schenken und jedes einzelne der Krankheitssymptome, aber womöglich alle gleichzeitig zu bekämpfen.

Ich werde daher bei diesen Ekzemformen auch andere therapeutische Rathschläge vorbringen, welche nicht nur gegen das Ekzem, sondern auch gegen die übrigen Stauungsresultate gerichtet sind. Hauptsächlich werden dabei die Stauungsdermatosen der Unterschenkel das Substrat unserer Besprechung bilden.

Ganz spontan entstehende, idiopathische Ekzeme sind wohl ausserordentlich selten; ich möchte fast behaupten, dass man dann von ihnen spricht, wenn man das veranlassende Agens nicht zu eruiren vermag, obwohl man, ein solches zu vermuthen, sich berechtigt hält. Genaue Nachforschungen, Beobachtung der Gebräuche und Gewohnheiten unserer Patienten werden die Zahl dieser vermeintlich genuinen Ekzeme noch wesentlich verringern.

Einer speciellen Erwähnung bedürfen hier die sogenannten nervösen Ekzeme. Sie kommen entweder halbseitig, dem Verlaufe cutaner Nerven folgend vor, und ähneln in ihrer Vertheilung dem Zoster — oder sie treten nebst anderen nervösen, lokalisirten oder allgemeinen Symptomen auf, ohne sich an circumscripte Bezirke zu halten, und dehnen sich dann auch über weitere Strecken der allgemeinen Decke aus. Die Heilung der nervösen Ekzeme ist in allen Fällen eine sehr schwere, da durch das Fortbestehen des primären Leidens der Anlass zu Recidiven gegeben ist. Meist vermag die lokale The-

rapie nur ein Beseitigen der begleitenden unangenehmen subjektiven Symptome zu erzielen, während das Uebel sofort wieder auftritt, wenn die Ekzembehandlung sistirt wird. Nikolski hat den Ekzemen als Resultat von Störungen im Nervensystem besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Mon. f. prakt. Derm. VI, pag. 853) und findet die Diagnose dadurch gesichert, dass 1. eine Coincidenz der Ekzemausbrüche mit anderen Nervenleiden, wie Neuralgien, Rückenmarksleiden, Hysterie besteht und hat Ekzeme gesehen, welche nach angestrengter geistiger Arbeit auftraten — dass 2. lokale Veränderungen der Sensibilität an den ekzematösen Hautpartien, wie herabgesetztes Tastgefühl, erhöhte Temperatur- und Schmerzempfindung zu konstatiren waren — und dass 3. ihr Auftreten meist symmetrisch erfolge. Er geht aber vielleicht in seinen Ansprüchen zu weit, wenn er auf Grund dieser Thatsachen fordert, dass die antinervöse Allgemeinbehandlung nach Möglichkeit bei allen Ekzemen einzuführen sei.

Dass gewisse Störungen in den Funktionen der weiblichen Sexualorgane zu Ekzem führen können, ist eine schon von älteren Autoren erwähnte Thatsache. Bohn hat sich dieser Gruppe in neuerer Zeit wieder angenommen (Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1886 Heft 5 und 6) und die Erfahrung gemacht, dass das Ekzem meist ein halbes bis ein Jahr nach Cession der Menstrualblutungen sich zeigt, und längere Zeit hindurch Neigung zu Rezidiven aufweist. Er hält dafür, dass das Erlöschen und endliche Verschwinden der sexuellen Produktivität im ganzen Gefässnervenapparat Veränderungen hervorruft, die an der Oberfläche zu trophischen Störungen unter den, Bilde von Ekzemen führen. Hier leisten auch die entsprechendem innerlich verabreichten Medikamente vortreffliche Dienste, vorausgesetzt, dass sie so lange fortgenommen werden, bis das Klimacterium überwunden ist, da dann auch die supponirten Reize im Centralnervensystem schwinden. In diese Reihe möchte ich auch eine Anzahl von Fällen zählen, die Descays (Thése de Montpellier 1876) erwähnt, bei denen sich Besserung unter Einfluss der Mineralwässer von Vals, Vichy, Royat und Adeire zeigte.

Gegen nervöse Ekzeme als Begleitnng und Folge von Nervenkrankheiten wird der konstante Strom von manchen Autoren als von Erfolg begleitet gerühmt.

Ein Zurückkehren zu Grundsätzen, die man für längst abgethan hätte halten sollen, äussert sich in den therapeutischen Vorschlägen von Crocher («L'union médicale» 1888, Nr. 11), der, von der Ueberzeugung ausgehend, dass die hartnäckigen Rezidiven des Ekzemes einer Neurose der Vasomotoren ihre Entstehung verdanken, dieselben durch ein revulsives oder kontra-irritatives Verfahren be-

kämpfen will. Zu diesem Zwecke applizirt er Sinapismen im Niveau der respektiven Zentren der Vasomotoren oder trachtet auf sie durch peripherische Reize einzuwirken. So legt er bei Ekzem des Gesichtes das Irritans hinter den Ohren auf; auf den Nacken bei Ekzem des Gesichtes und Vorderarmes; wählt die Lendengegend, wenn die Geschlechtsorgane oder die unteren Extremitäten der Sitz der Krankheit sind; oder legt den Senfteig endlich längs des nervus ischiadicus auf, falls nur ein Bein ergriffen ist. Ob die angegebenen günstigen Heilresultate anderen äusserlich zur Anwendung gelangten Potenzen zuzuschreiben sind, lässt sich aus der Beschreibung nicht ersehen, die Angabe aber, dass sich niemals an der Stelle ein Ekzem entwickelt, wo der Sinapismus aufgelegt worden war. entspricht sicher nicht den schon vor Dezennien gemachten zahlreichen Erfahrungen älterer Experimentatoren.

* * *

Zur lokalen Behandlung der Ekzeme übergehend, erwähne ich vor Allem das Bestreben. Salbenbasen zn finden, welche auch auf zarter Haut keinen Reiz hervorrufen, wie man das bei der Axungia porcina zu erfahren Gelegenheit hat. So wählt Percy Wells (nach «Pharmazeut. Post» 1889. Nr. 5) reines Gänsefett, von dem 3 Pfund in einer emaillirten Pfanne geschmolzen werden, worauf man es durch Mousseline seiht und, so lange das Fett noch heiss ist, $^1/_2$ Pfund Cacaobutter zusetzt, die sich leicht ohne weiteres Erwärmen auflöst. Diese Mischung wird mit hölzernem Agitakel bis zum vollständigen Festwerden gerührt. Das Gemisch verträgt zahlreiche Zusätze von geeigneten Medikamenten, verflüssigt sich leicht bei der Anwendung und wird, wie Verfasser behauptet, leichter als jedes andere Fett absorbirt

B. W. Richardson stellt (Lancet 4. April 1891) die (wohl anfechtbare) allgemeine Regel auf, dass ölige und fettige Verbände bei chronischem Ekzem nicht gut vertragen werden. Da er an einem Falle einen grossen Erfolg bei einem chronischen Ekzem, das früher lange Zeit durch nichts zu bessern war, mit einer Spermazetsalbe, die mit Ozon gesättigt worden war, erzielte, empfiehlt er diese Therapie.

Nebst dem älteren Vaselin ist nun von Liebreich das Lanolin in die dermatologische Therapie eingeführt worden. Im Verlaufe werde ich Gelegenheit haben, seiner Brauchbarkeit im Speciellen Erwähnung zu thun. Als einfache Salbe findet das Lanolin meist mit Borsäure Verwendung nach Liebreich's Formel (Therap. Mon. 1889. Nr. 7).

Rp. Acidi boracici . . 5
Lanolini anhydrici 50
Vaselini americani 10
M. f. ung.

Dabei lässt Liebreich (speziell beim intertriginösen Ekzem) die Theile vorerst mit Wasser und neutraler Seife reinigen, vorsichtig mit einem Tuche abtrocknen, wobei etwas Feuchtigkeit zurück bleibt, und dann die Salbe appliziren, die dann mit Verbandwatte bedeckt und zweimal täglich neu aufgetragen wird. Vor jeder neuen Applikation ist die sorgfältige Reinigung wieder vorzunehmen. Die Zahl der angegebenen Lanolinsalben ist eine sehr beträchtliche, die dem Präparat durch seine Aufnahmsfähigkeit vieler Medikamente zukommt. Je nachdem man eine weiche oder eine harte Salbe zu haben wünscht. setzt man etwas Vaselin, Oliven- oder Paraffinöl zu, während, wenn eine harte Salbe erzielt werden soll, Wachszusatz nothwendig wird. Es ist damit dem Arzt anheimgestellt, bezüglich der erforderlichen Konsistenz die nothwendigen Veränderungen der gebräuchlichen Formeln vorzunehmen. Zur besseren Konservirung dieser Salben, besonders im Sommer, ist es zweckmässig, statt Oel, Adeps etc. allein, ein oleum benzoinatum, ein Adeps benzoinat. etc. zuzusetzen.

Wegen der grossen Reizbarkeit der Haut mancher Individuen den älteren Salben gegenüber, hat sich in neuerer Zeit die Pastenbehandlung mehr und mehr eingebürgert. Als einfachsten Typus stelle ich wegen ihrer überall leicht möglichen Herstellbarkeit Lassar's Amylum-Vaselin oder Lanolin-Paste in erste Linie. Das Verhältniss ist dabei im Allgemeinen das von einem Theil Amylum auf zwei Theile Vaselin oder Lanolin; bei letzterem ist noch manchmal ein geringer Oelzusatz nöthig. Aus dieser Grundpaste lässt sich eine für sehr viele Ekzemfälle sich vortrefflich eignende Paste herstellen, nach der Formel:

Rp. Acidi salicylici . . . . . 2
Vaselini amer. oder Lanolini 50
Zinci oxydati
Amyli tritici . . . . $\overline{aa}$ 25
M. exactiss.

Je langsamer die Komponenten dieser Paste miteinander verrieben werden, desto geeigneter wird sie; rasches Verreiben macht das Vaselin schaumig und die Paste verflüssigt sich.

Mit dieser Paste ist man im Stande, viele Ekzeme zur Heilung zu bringen, welche auf die Einwirkung der älteren Salben in heftiger Weise reagiren, da der entzündliche Einfluss der aus den in Zer-

setzung begriffenen Salbenfetten sich abspaltenden Fettsäuren in Wegfall kommt.

Diese Paste trocknet in ziemlich kurzer Zeit an und kann mit etwas Watte und einigen ganz dünnen hydrophilen Mulltouren zu einem absaugenden Dauer-Trockenverband benutzt werden, den man nur bei Durchnässung oder lebhaftem Jucken wechselt. So kann man anhaltende Einwirkung des Medikaments, vollständigen Luftabschluss, Erweichung infiltrirter Stellen und Eintrocknung oberflächlicher Exsudationen herbeiführen. Der Luftabschluss mildert an sich das Jucken und gibt den besten Schutz gegen das Kratzen — namentlich kleiner Kinder. Für Gesicht und Körpertheile, an denen Verbandstücke schwer anzubringen sind, kann man durch Aufstreuen reichlicher Puderlagen auf die eingepastete Haut eine ganz glatte und trockene Schicht herstellen. Mit Oel-Lämpchen lässt sich die angetrocknete Paste erweichen und entfernen; die ekzematöse Stelle wird von allen anhaftenden Borken gereinigt, ehe eine neue Pastenlage aufgetragen wird; je dicker diese Lage ist, desto rascher ist ein gutes Resultat zu gewärtigen. Zur Reinigung soll aber nicht nur Oel oder Wasser allein, sondern auch eine zweckentsprechende neutrale Seife verwendet werden. In vielen Fällen wird sich eine medikamentöse Seife dazu eignen, von denen Resorcin-Salicyl-, Resorcin-Salicyl-Schwefel-, Chinin-, Carbolseifen, besonders überfettete solche Seifen, wie sie Unna und Eichhoff angegeben haben, hervorgehoben werden sollen.

Ich muss hier erwähnen, dass Lassar irrt, wenn er meint, die Wiener Schule habe bei der Behandlung der Ekzeme von der Verwendung von Wasser und Seife, von Waschungen und Bädern abgerathen, denn wie ein rother Faden spinnt sich dieser sein Irrthum durch eine Reihe von Publikationen über denselben Gegenstand, und auch auf dem letzten Berliner Kongresse hat er Gelegenheit genommen, sich in diesem Sinne auszusprechen. Waschungen und Bäder, auch Theerbäder, sind stets als erfolgreiche Hilfsmittel bei der Behandlung chronischer Ekzeme angesehen und verwendet worden.

Die Indikation zur Applikation dieser Amylum-Vaselinpaste ist eine sehr weitausgedehnte. Vor Allem eignet sie sich bei allen stark nässenden, eiternden, mit Blasen und Pusteln bedeckten Ekzemfällen, sofern die erkrankte Stelle nicht behaart ist. Die Paste besitzt den Vortheil, keine Retention der secernirten Flüssigkeitsmengen, seien dieselben serös oder eitrig, zu veranlassen; das Sekret tritt durch die Paste durch und gelangt an der Oberfläche in die aufgelegten Wattabäusche; ein Vortheil, der gar nicht hoch genug angeschlagen werden kann, wenn man bedenkt, dass dadurch alle peripheren, durch Resorption entstandenen sekundären

Entzündungen hintangehalten werden. Aber auch alte, trockene, infiltrirte Ekzeme bilden das Substrat für die Verwendung dieser Paste, wobei der Inhalt an Salicylsäure desto reicher gemacht werden soll, je dicker die schwielig gewordene Epidermis angetroffen wird. Ist an solchen Stellen auch heftiges Jucken vorhanden, so theert man die Partien zuerst ordentlich ein, bedeckt sie dann mit der Paste, hierauf mit Watte, und bindet das Ganze mit Kallikotbinden nieder. Ein solcher Verband kann bei trockenem Ekzem mehrere Tage unberührt liegen bleiben.

Die Behandlung mittelst der Lassar'schen Paste lässt sich auch durch Bäder unterstützen. Lassar selbst ist es, der in den letzten Jahren Vieles über diese Kombination, speciell aber über die mit Theerbädern veröffentlichte, und so einer Therapie wieder weitere Verbreitung verschaffte, die bei uns schon seit Decennien geübt wurde und wird. Lassar lässt vor dem 28grädigen Bade den Patienten mit grüner Seife, oder wenn diese nicht vertragen wird, mit einer anderen entsprechenden Seife abwaschen, abspülen, und jede kranke, entzündete Stelle bestreichen mit:

Rp Ol. fagi pinguis
Ol. Rusci . . aa 40
Spirit. vini . 20

Bei empfindlichen Individuen, und an zarten Hautstellen setzt er die entsprechende Quantität Ol. olivar. dem Theere bei. So bestrichen kommen die Patienten in's Wasser auf ungefähr eine halbe Stunde, werden dann wieder abgeseift, und nun mit der Paste in dicker Lage bestrichen, worauf der oben erwähnte Verband angelegt wird.

Nach alten Erfahrungen eignet sich diese Kur mit den Theerbädern nur in jenem Stadium des Ekzems, wenn Nässen und Schwellung bereits geschwunden sind, wenn nur mehr Knötchen und Schuppen zurückblieben, und der Patient von argem Jucken geplagt wird. Im Falle man zu früh mit den Theerbädern vorgeht, tritt häufig neues Nässen, neue Schwellung und Röthung, und damit eine Protraktion des Leidens und Verlängerung der Behandlungsdauer ein. Manche Leute vertragen aber die Theerbäder gar nicht, und es ist dann widersinnig diese Kur zu forciren.

Besonders indicirt sind sie bei sehr alten, schwieligen Ekzemen, mit stark verdickter Epidermis und Pachydermie, wie sie auch oft bei alter, vernachlässigter Prurigo angetroffen werden.

Ich will hier einer Mischung Erwähnung thun, welche Aderson angibt, um die Färbung des Theeres zu beheben:

Rp. Picis mineralis . . 8
Spir. vin. rectif. . 6
Cola, adde
Liquor. ammon. fort. gtts VIII
(enthält 35% Ammoniak)
Glycerini . . . . 25
Aqu. dest. . . . 40

Dieser mit Weingeist und Ammoniak gemengte Theer trocknet bald ein, und macht eine adhærente dünne Schichte, die gut anhaftet, und eignet sich seine Anwendung besonders an frei getragenen Stellen.

Das Einzige, was manchmal der Anwendung der Lassar'schen Paste hindernd entgegentritt, ist die Nothwendigkeit, die mit ihr bedeckten Stellen nachträglich ordentlich zu verbinden. Unna hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, Pasten zu appliciren, die nach und nach antrocknen und so den fixen Verband entbehrlich machen. Freilich wird das aus dem einfachen Grunde nicht immer thunlich sein, solche eintrocknende Pasten zu verwenden, weil es bei stark nässenden, eitrigen Ekzemen zum Zurückhalten des Sekretes kommen müsste. Es werden also Medikamente zugesetzt werden müssen, welche das Ekzem rasch zum trocknen bringen, oder diese Pasten werden in einer Zeit zur Anwendung gelangen, wenn das Nässen, zum grossen Theil wenigstens aufgehört hat.

Im ersten Theile dieser Arbeit habe ich ein übersichtliches Verzeichniss der von Unna angegebenen Pasten zusammengestellt, es erübrigt hier daher nur noch specieller Indikationen zu erwähnen.

Während die aus 2 Theilen weissem Bolus (Kaolin) und einem Theile ol. lini dargestellte einfache Paste rein nur als Deckungsmittel über grössere Hautflächen, (z. B. nach vorangegangener Theerapplikation) zur Verwendung kommt, bilden die beiden folgenden Pasten, deren erster nur essigsaures Blei zugesetzt ist, während die zweite auch Zinkoxyd enthält, bereits zweckentsprechende Mittel gegen nässende Ekzeme. Die beiden Formeln lauten:

Rp. Bol. albae . . . . . . 20
Ol. lini . . . . . . . . . 12
Liq. plumbi subacetici . . 8
M. S. Bleiboluspaste

und:

Rp. Bol. albae
Ol. Lini . . . . . aa 30
Zinci oxydati
Liq. plumbi subacetici aa 20
M. S. Zinkbleiboluspaste.

In der Praxis ärmerer Leute sind diese Pasten wegen ihrer Billigkeit anderen gegenüber sehr geeignet, umsomehr, als auch ihre Wirksamkeit eine entsprechende ist. Besonders wenn bei grösserem Consum sich der Apotheker die gesiebte und fein geschlemmte Porzellanerde vorräthig hält, kann er sie zu sehr reducirten Preisen abgeben.

Dem alten Ung. Diachylon sehr ähnlich in Zusammensetzung und Wirkung sind die Bleipasten, die dementsprechend daher auch bei chronischen, infiltrirten Ekzemen zur Anwendung gelangen. Durch den Zusatz von Essig, der auch später wiederholt werden kann, wird die Paste vor zu raschem Eintrocknen bewahrt und das Leinöl in Leinölfirniss umgewandelt. Eine solche, auch zu Hause leicht herstellbare Paste würde nach folgender Formel zu bereiten sein:

Rp. Lithargyri subtill. pulv. . . 50
Aceti . . . . . . . . . . 80
Coque usque ad consistentiam
pastae dein adde
Ol. Lini (sive olivar., Glycerini) 10

Diese Paste wirkt besonders stark austrocknend, sowohl wegen der Anwesenheit des Bleies, als auch durch die Wirkung des durch öfteres Kochen entstehenden Leinölfirnisses, Siccativ, dessen Sauerstoff und Wasser anziehende Wirkung als Haupterforderniss der Keratoplastik auf die Regeneration der verloren gegangenen Epidermis zweckdienlich einwirkt.

Weniger durch sich selbst wirkend, und mehr ein blosses Constituens darstellend, sind die Kleisterpasten. Dagegen eignen sie sich sehr zur gleichzeitigen Fixation von Verbandstoffen, welche zum Schutze der erkrankten Hautpartien applizirt werden. Sie trocknen bald vollkommen ein und machen die mit ihnen in Berührung gebrachten Gegenstände nicht fett. Eine bei Ekzem brauchbare Kleisterpaste würde sich nach folgender Formel bereiten lassen:

Rp. Zinci oxydati . . . . . 50
Acidi salicylici . . . . 2
Amyli oryzae . . . . . 15
M. exactiss. adde
Glycerini . . . . . . . 15
Aquae . . . . . . . . 75
M. Coque ad remanentiam 140

Ganz ähnlich in ihrer Wirkung den Kleisterpasten sind die Dextrinpasten. Eine gegen chronische (speziell ragadiforme) Ekzeme sehr zweckmässige solche Paste ist:

Rp. Zinci oxydati . . . . . . . . 40
Dextrini
Aq. dest. . . . . . . . . . . $\overline{aa}$ 20
Glycerini . . . . . . . . . . 40
Natri sulfoichthyolici . . . . . 2
M. coque ad consistentiam pastae.

Endlich sind noch die Gummipasten zu erwähnen, welche vermöge ihrer leichten Herstellbarkeit die bequemsten sind, da bei ihnen nicht einmal ein Kochen nothwendig ist; zudem trocknen sie auch am raschesten ein und haben den Vortheil, zahlreiche Medikamente aufzunehmen. Wo man also eine oberflächlich günstig wirkende Paste rasch bereiten will und die Verhältnisse, unter denen der Patient lebt, es ihm nicht gestatten, ein, vielleicht besser wirkendes, fettes oder flüssiges Mittel in Gebrauch zu ziehen, dort sind die Gummipasten angezeigt. Ich erinnere hier nur an die Ekzeme der Hände und Füsse, bei Leuten, denen die Schonung ihrer Extremitäten nicht möglich ist, — an Kinderekzeme, wo wegen der Unruhe der kleinen Kranken eine möglichst rasche Fixation der aufgetragenen Medikamente erwünscht ist, etc. etc. Eine solche zweckmässige Paste gegen Kinderekzeme wäre folgende:

Rp. Zinci oxydati . . . . 40
Hydrarg. pp. rubr. . . 2
Muc. Gummi arabici
Glycerini . . . . . . $\overline{aa}$ 20
M. f. pasta.

Mit einem Kameelhaarpinsel aufgetragen, trocknet die Paste in einigen Minuten so weit ein, dass man nicht genöthigt ist, eine sorgfältige Ueberwachung des Kindes zu pflegen. Die Anwesenheit des Glycerines hindert das zu starke Eintrocknen, so dass an der Oberfläche keine Spannung eintritt.

Gegen Ekzem an den Brustwarzen empfiehlt sich nachfolgende Zusammensetzung:

Rp. Sacch. albi
Zinci oxydati
Muc. Gummi arab.
Glycerini . . . $\overline{aa}$ 5

Gegen chronische Ekzeme mit verdickter Epidermis:

Rp. Cretae alb.
Flor. sulf . . . $\overline{aa}$ 2
Picis liquid. . . . 8
Amyli . . . . . . 20
Muc. Gummi arab.
Glycerini . . . $\overline{aa}$ 15

oder wenn die Epidermisverdickung schon so sehr praevalirt, dass man ein förmliches Keratom vor sich hat:

Rp. Acidi salicylici . . 20
Glycerini . . . . 20
Muc. Gummi arab . 30
Ol. Ricini . . . . 10

Die Kleister-Dextrin- und Gummipasten haben den grossen Vortheil, dass sie sich, wenn in grösseren Mengen angefertigt und nicht rasch verbraucht, sehr gut in Tiegeln aufbewahren lassen, da sie, wenn auch mit der Zeit fest geworden, durch Zusatz von etwas heissem Wasser, respektive Glycerin, wieder sofort die gewünschte Konsistenz erlangen. Ebenso einfach ist es, sie von der Haut zu entfernen, da sie sich im Wasser, besonders gut in warmem, lösen. Es ist selbstverständlich, dass mit ihrer Anwendung auch die der Waschungen und Bäder sich kombiniren lässt, ja es ist sogar zweckmässig, so lange man noch im nässenden Stadium sich befindet, täglich wenigstens einmal die kranken Stellen mit einer mehr oder minder wirksamen Seife abzuwaschen, ehe eine neue Pastenlage aufgetragen wird.

An bedeckt getragenen Hautstellen lässt sich die Paste vor dem Abgeriebenwerden durch Wäsche und Kleider leicht schützen; zu diesem Zwecke genügt es, etwas zerzupfte Bruns'sche Watte aufzutragen, während die Paste noch weich ist. Die Watte inkorporirt sich dann mit der Paste und bildet ein sicheres, nicht leicht abhebbares Lager, das nur dort auch ohne Erweichung im Wasser sich ablösen lässt, wo es von unten durch statthabende Transsudation abgehoben wird. Verbandstücke, Mousseline- oder Kallicotbinden bestreicht man auch an der Oberfläche mit der Paste, wenn man einen sicher fest sitzenden Verband anlegen will. Bei der Therapie des Ekzemes der Unterschenkel, wo gleichzeitig auch den vorhandenen varicösen Venen Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, kommen diese gut klebenden Pasten zu vielfältiger Verwendung.

Ich finde hier den Uebergang zu einer anderen Gruppe von Verbandmitteln, welche zu ähnlichen Zwecken dienen, bei denen aber nicht erst das Medikament aufgetragen und imbibirt werden muss, sondern wo es gleichzeitig mit dem Verbandmaterial hergestellt und applizirt wird. Ich meine die Salben- und Pflaster-Mulle.

Um der Unbequemlichkeit zu begegnen, der man früher ausgesetzt war, wenn man eine Salbe oder ein Pflaster nicht nur aufstreichen, sondern auch auflegen wollte, sich dieselben erst auf Leinwandstreifen auftragen zu müssen, hat Unna ein Verfahren angegeben, durch welches man nicht nur die Präparate gestrichen vorräthig halten kann, sondern welches sie auch haltbarer liefert.

Unna hat mit Apotheker Beiersdorf Versuche, betreffs des Ranzigwerdens verschiedener Fettarten angestellt, und den Hammeltalg viel resistenter gefunden, als die anderen thierischen Fettarten. Seine (des Hammeltalges) härtere Consistenz hat ihn dabei auch geeigneter gemacht, ihn als Constituens zu benützen für solche Präparate, welche, bevor sie applicirt werden, nicht zu weich sein sollen; Zusätze von Wachs, Paraffin werden daher bei Bereitung von Salben mittelst Hammeltalges meist überflüssig. Bei gleichzeitiger Verwendung geeigneter Medikamente bereiten nun die Herren Apotheker Beiersdorf und Mielck in Hamburg nach Unna's Vorschrift sog. Salbenmulle, deren Verwendbarkeit eine treffliche ist. In die nach oben angegebenen Principien gefertigten Salben werden Mullbinden getaucht, mit den Salben genau und innig imprägnirt, so dass eine ungefähr 2 *mm* dicke Salbenschichte die Binde umgibt. Diese Binden werden dann getrocknet und bilden so zugleich Heil- und Verbandmittel. Ihre Applikation geschieht auf die gleiche Weise, wie man es früher gethan, wenn man eine auf Leinwand gestrichene Salbe auflegen, und mittelst einer Binde festhalten wollte. Aber auch lose haften kleinere Stücke dieser Salbenmulle an der Haut, vorausgesetzt, dass sie nicht durch Kleidungsstücke oder forcirte Bewegung vom locus applicationis entfernt wurden. So haften z. B. bei Ekzemen des Gesichtes Blei, Zink, Ichthyol-Salbenmulle genau an, und es wird nur Nachts nothwendig sein, diese Stücke zu befestigen, damit sie nicht durch das Aufliegen und die unbewussten Bewegungen im Bette verrückt werden. Sehr bequem ist die Applikation dieser Salbenmulle an den Extremitäten, bes. bei weit ausgebreiteten Ekzemen, da eine Menge Arbeit vermieden und Zeit erspart wird. In der Kinderpraxis erleichtern sie gleichfalls die Manipulationen wesentlich.

Bezüglich der Ingredienzien, die der Salbenmasse inkorporirt werden soll, glaube ich mich kurz fassen zu können, da wir auch in dieser Form die gewöhnlich gebrauchten Medikamente anwenden, wie Blei-, Zink-, Ichthyol-, Theer-Präparate u. dgl. Aber auch alle anderen in Frage kommenden Mittel lassen sich in fast beliebiger Dosis inkorporiren, so dass der Aufnahmsfähigkeit der Salbenbasis kaum Grenzen gezogen sind. Will man die Präparate nicht von den genannten Herren Apothekern in Hamburg beziehen, so wird man sie wohl auch nach Verständigung mit seinem Apotheker im Inlande fertig stellen können, umso mehr als Unna die Bereitungsweise in Nr. 35 der Berliner klinischen Wochenschrift vom Jahre 1880 mitgetheilt hat.

Diese Salbenmulle eignen sich wegen ihrer Durchlässigkeit, besonders (die angegebenen anderen Eigenschaften abgesehen) bei

nässenden Ekzemen, sei es, dass die ausgesickerte Flüssigkeit zu Borken eingetrocknet wäre oder nicht. Sie haben ferner, sofern nicht irritirende Stoffe zugesetzt werden sind, die Eigenschaft, die umliegende gesund gebliebene Haut nicht zu reizen, da sie einerseits die Exsudatmassen durchdringen lassen, so dass sie nicht in die Umgebung gleiten werden, — andererseits bieten sie aber auch dem Schweisse kein Hinderniss im Verdunsten und begünstigen so in keiner Weise ein peripheres Weiterschreiten des Ekzemes.

Mehr abschliessend und daher in manchen Fällen nicht verwendbar, sind die aus Kautschukunterlage hergestellten Pflastermulle. Sie sind undurchdringlich, halten also alle Flüssigkeit auf der Haut zurück und bewirken, dass jene, wenn in grösserer Quantität erzeugt, in die Umgebung der ersterkrankten Hautstelle trete, bis sie. am Rande des Pflasters hervorquellend, zu Borken eintrocknet. Auch die Materia perspiratoria wird am Verdunsten gehindert, so dass also alle mit den Guttaperchapflastermullen bedeckten Partien der Haut feucht sind. Dennoch ist ihre Verwendung eine reichliche, und werden die angegebenen kleineren Uebelstände durch die ausserordentliche Bequemlichkeit und Leichtigkeit der Applikatiou beträchtlich überboten.

Dies gibt in noch höherem Maasse, seit über meine und meines Assistenten, Herrn Dr. S. Kohn (der darüber in den Nummern 6—10 der Wiener medizin. Wochenschrift 1891 genau referirt hat) Veranlassung Herr Hanns Turinsky, Fabrikant von Verbandstoffen, IX. Schwarzspanierstrasse 1, sich der Bereitung der Kautschukpflaster hat besonders angenommen, und zu einer Perfektion gebracht hat, die kaum noch einer Steigerung fähig ist. Er nennt diese dermatotherapeutischen Pflaster Collemplastra, Marke «Austria». Ich werde mich daher auch mit ihnen beschäftigen, da sie eine Verbesserung der ursprünglich von Unna ausgegangenen Idee darstellen, ohne welch' letztere jene aber nicht hätte vorgenommen werden können. Auch die in Amerika bereiteten Kautschukpflaster stehen den in Wien bereiteten nach. Zudem ist der Preis auf die Hälfte der Hamburger Fabrikate reducirt, so dass auch dem Minderbemittelten das früher sehr theuere Pflaster nun zugänglich geworden ist. Ein nicht minder wichtiger Umstand ist der, dass unsere Pflaster auf feiner Leinwand aufgestrichen sind, welche stärkeren Zug verträgt, ohne zu reissen, während die Pflastermulle einen so weitmaschigen Stoff haben, dass sie auf Zug sofort reissen. Dennoch sind unsere Pflaster dünner, schmiegsamer und lassen sich deshalb an Vertiefungen und Erhöhungen leichter anpassen. Die Klebkraft ist gleichfalls eine gesteigerte, und last not least, die reizende Wirkung ist auf ein Minimum reducirt.

Während bei den älteren Mullen Guttaperchaplatten mit dem Medikament vereint auf eine Mullbasis aufgetragen werden, geschieht die Bereitung der Collemplastra durch eine Mischung von Lanolinum anhydricum mit dem Kautschuk und Aufstreichen der noch weichen Maasse auf Leinwand, wobei die Verbindung eine so absolut innige wird, dass ein Loslösen der Pflastermasse von der Leinwand nie vorkommt und nach dem Abheben die Haut ganz rein, oder doch nur mit Partikeln des Pflasters bedeckt erscheint, welche mit Chloroform leicht abgewaschen werden können.

Die Aufnahmsfähigkeit dieser Basis ist eine fast illimitirte, so dass es immer leicht hält, noch höhere Perzentualgehalte der Medikamente zu erzielen, wenn die von mir angegebenen, gewöhnlich in Gebrauch befindlichen Concentrationen nicht genügen sollten.

Im gegenwärtigen Augenblicke interessiren uns nur die gegen Ekzem in Verwendung kommenden Präparate. Obenan bezüglich seiner Verwendbarkeit beim Ekzem steht das Collemplastrum Zinci oxydati, das für gewöhnlich in 40procentiger Masse hergestellt wird, und in vorangegebener Quelle stets vorräthig ist. Dieses Pflaster verbindet macerirende mit austrocknender Wirkung. Legt man es auf ein mit noch so dicken Borken bedecktes Ekzem auf, so kann man schon nach wenigen Stunden ein Weichwerden der Borken wahrnehmen, welche sich dann als Brei abwischen lassen, und man findet dann ein der jeweiligen Verlaufsphase entsprechendes, mehr oder weniger nässendes Ekzem. Ist das Nässen noch sehr beträchtlich, so dass bald die ganze Oberfläche mit klarer oder blutig gefärbter Flüssigkeit bedeckt ist, so wird man besser thun, nicht sofort wieder das Collemplastrum zu appliciren, sondern man wird z. B. Lassar'sche Paste so lange auflegen, bis das starke Nässen nachgelassen hat. Ist das eingetreten, so tritt das Zinkcollemplastrum wieder in seine Rechte. Man wird diese Pflasterbehandlung nicht unterbrechen, wenn man nach Entfernung der Borken kein sehr nässendes Stratum vorgefunden hat, sondern gleich nach dem Abnehmen des ersten Stückes wieder ein zweites auflegen, und oft schon in wenigen Tagen kann man sich von der stetig zunehmenden Heilung überzeugen. Die austrocknende Wirkung der grossen Zinkmenge ist eben eine so beträchtliche, dass sie die macerirende überwiegt. Für solche geeignete Fälle gibt es kaum eine bequemere Behandlung, als die erwähnte, weil das Pflaster ohne irgend welches andere Fixativum von selbst hält, sich leicht wechseln lässt, und besser aussieht, als auf Leinwand gestrichene Salben, so dass auch der Eitelkeit mancher Patienten damit Rechnung getragen ist. An behaarten Stellen kann es freilich erst dann von Nutzen sein, wenn die Applikationsstellen früher glatt rasirt wurden, und

alle Paar Tage wieder unter das Scheermesser kommen, da sonst die aufwachsenden Haare das Pflaster aufheben.

Von grossem Vortheile für eine Reihe von Fällen ist es, dass neben der macerirenden und medikamentösen Wirkung auch die Compressionswirkung mit in Rechnung gezogen werden darf, und darin liegt einer der erwähnten Vortheile unserer Wiener Präparate denen aus Hamburg gegenüber. Finden wir an Fingern und Zehen ausser dem oberflächlichen Ekzem auch noch die tieferen Gewebslagen stark ödematös, — ist das Ekzem an den Unterschenkeln noch durch Oedem combinirt — Erscheinungen, die ja keineswegs zu Seltenheiten gehören, sondern gerade an diesen Körpertheilen oft angetroffen werden, — ja ist nicht nur Oedem, sondern schon Gewebsverdickung (Pachydermie), die mit der Zeit zu Elephantiasis führt, vorhanden, so lässt sich mittelst des Collemplastrum oxydi zinci ein genügender Druck ausüben, um das Oedem zu verdrängen, und so von anderen Stellen aus zur Resorbtion zu bringen, und es genügt oft dieser Druck allein, um verdickten Extremitäten ihre normalen Dickendimensionen wieder zu verschaffen.

Einer speziellen Form von Bläschenkrankheit, die vor Allem die Finger und die Hände, seltener die Füsse und Zehen befällt, glaube ich hier Erwähnung thun zu sollen, weil diese Bläscheneruptionen von Aerzten, die sich nicht speziell mit dem Studium der Hautkrankheiten beschäftigen, meist auch für ekzematöse Eruptionen gehalten und darnach behandelt werden; ich meine jene Dermatonose, die Tilbury Fox als Dysidrosis bezeichnete Es bilden sich da an der Volarseite und den einander zugekehrten Flächen der Finger und Zehen, an vola manus und planta pedis, nur ganz ausnahmsweise auch am Dorsum, anfänglich ganz kleine, kaum stecknadelkopfgrosse, mit vollkommen wasserklarem Contenum gefüllte Bläschen, die lange Zeit isolirt bleiben, in den gewöhnlichen Fällen auch gar nicht in solcher Anzahl vorkommen, dass bald eine Confluenz der Bläschen einzutreten brauchte. Nur sehr ausnahmsweise werden auch grössere Blasen gesetzt, die Linsen- und Erbsengrösse erreichen können, oder durch Confluenz mehrerer, nahe aneinander aufgetretener Blasen noch grösser werden. Dabei ist doch immer die Beugeseite der Hände und Füsse der fast ausschliessliche Sitz, und wird die Krankheit im Sommer häufig, im Winter nur höchst selten, zur Beobachtung gebracht. Der Verlauf ist nun fernerhin ein zweierleier: entweder die Bläschen trocknen innerhalb einiger weniger Tage ein, und lassen dann ein dickeres Epidermishügelchen zurück, das bald abgestossen wird, unter dem sich eine normal restituirte Oberhautlage vorfindet, — oder die epidermidale Bedeckung ist zu dick, um dem Drucke von unten zu weichen, auch um das

Verdunsten der angesammelten Flüssigkeit zu gestatten, dann bleibt das Bläschen persistent, es röthet sich die nächste Umgebung, das Contentum verliert seine Wasserhelle, wird trüb und später gelb, und, indem die sekundären Entzündungserscheinungen, die jedes Bläschen umgeben, nach und nach confluiren und so eine weiter ausgebreitete basale Röthe liefern, sieht die kranke Stelle endlich wirklich einem Ekzem sehr ähnlich, da ja in diesem Stadium scheinbar alle diagnostischen Merkmale in ihrer Totalität vorhanden sind. Der aufmerksame Beobachter wird aber in einiger Entfernung gewiss noch einige isolirte Bläschen verfinden, die den im Eingange der Besprechung dieser Einschaltung in unser therapeutisches Thema erwähnten Charakteristica entsprechen, und sich vor dem Irrthum bewahren können, ein reines Ekzem zu diagnostiziren, ein Irrthum, der endlich um so leichter begangen werden wird, als sich ja auch Odeme von ganz unerwarteter Intensität einzustellen vermögen.

Die Erkrankung, deren wichtigste Symptome ich hier in Kürze angab, verdankt ihr Entstehen dem Unwegsamwerden der Schweissdrüsenmündungen. Es ist bekannt, dass die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen ihre eigene Umwandung verlieren, sobald sie in den Bereich der Epidermis treten. In der Oberhaut befinden sich korkzieherförmige Lücken, welche der den Knäueldrüsen entstammenden Flüssigkeit den Austritt gestatten. Es liegt auf der Hand, dass dabei leichte Möglichkeit zur Verstopfung der Ausführungsgänge geboten ist, besonders in dem oberen, trockenen, verhornten Epithellagern. Ist nun eine Verschiebung dieser erfolgt, so kann die secernirte Flüssigkeit nicht an die Oberfläche gelangen, muss vielmehr im epidermidalen Theile des Ausführungsschlauches zurückgehalten werden, wird diesen mehr und mehr ausdehnen, bis sich endlich eine cystenartige Erweiterung mit klarem Inhalt entwickelt hat. Ist die Decke dieses Bläschens dünn, so wird sie durch den Druck der Flüssigkeit durchbrochen, diese hat Gelegenheit auszutreten, und kommt dann gar nicht zur Entwicklung der als sekundär genannten Erscheinungen. Die Lücke schliesst sich in einigen Tagen durch Nachschieben von der Tiefe aus. Ist aber die Dicke der epidermidalen Bedeckung der Blase beträchtlich, so kann der Durchbruch nicht statthaben, auch ein Verdunsten des Tropfens kann nicht platzgreifen, vielmehr sieht man das Bläschen täglich grösser werden, weil ja das Contentum der Knäueldrüsen in dieses entleert wird, So kann es geschehen, und an den Fusssohlen beobachtet man das am häufigsten, dass sich haselnussgrosse Blasen einstellen, deren Vorhandensein zur Annahme der Existenz eines Pemphigus verleiten kann. Während bei niederen Graden keinerlei subjective Symptome die objectiv wahrnehmbaren begleiten, tritt mit den entzündlichen

Komplikationen Jucken und Brennen auf, und klagen die Patienten über heftige Schmerzen, wenn die Blasen an den Fusssohlen die erwähnte Grösse erreicht haben, umsomehr, da in diesem hohen Stadium auch kollaterale Oedeme die Extremitäten sehr zu verdicken vermögen, so dass das Tragen der gewohnten Beschuhung und Auftreten zur Unmöglichkeit wird. So einfach also die leichten Stadien zu beurtheilen sind, so schwere Symptome folgen den hohen Graden der Krankheit —. von einer geringfügigen Desquamation in kleinen Kreisen oder konfluirenden Bogenlinien bis zu ausgedehnter Blasenbildung und Unbrauchbarkeit der Extremität.

Wesentliche Erleichterung für die Diagnose bildet die Zeit, die Saison, in der diese Dysidrosis vorkommt; es ist nämlich der Sommer. Dann wenn wir viel schwitzen, kann man eine grössere Anzahl von Patienten mit der in Rede stehenden Affektion sehen. Natürlich wird die Haut bei solchen Individuen trocken sein, und das hat Tilbury Fox zur Aufstellung des nun schon mehrfach erwähnten Namens geleitet. Es ist aber irrig, zu glauben, die Leute produciren keinen Schweiss, sie schwitzen eben in sich selbst hinein, und es muss therapentisch ermöglicht werden, dass der producirte Schweiss an die Oberfläche gelange.

Zu diesem Zwecke wird man grössere Blasen sofort anschneiden, ihre Contentum entleeren, und man wird finden, dass auf jede indifferente Behandlung das Leiden bald gehoben ist; noch rascher geht das, wenn man eine 1—2procentige Resorcinlösung verwendet. Sind aber sehr viele kleine Bläschen nahe an einander aufgetreten, so dass das Bild dem eines Ekzemes nahekommt, so ist es besser, eine allgemein macerirende Therapie einzuleiten, wodurch die Blasendecken en masse abgehoben werden, um die Bläschen zur Entleerung zu bringen. Hiezu eignet sich nun unser Collemplastrum oxydi Zinci in so hohem Maasse, dass es meist allein genügt, die Krankheit zu beheben. Die Finger oder Zehen, vola manus oder planta pedis werden mit dem Zinkguttaperchapflaster eingehüllt, anfänglich, so lange stärkere Sekretion vorhanden ist, zwei Mal täglich, später alle Paar Tage gewechselt. Nach Reinigung mit Chloroform wird ein Hand- oder Fussbad gegeben und wieder das Collemplastrum applicirt.

In selteneren Fällen ist es nothwendig, noch zu einem anderen Medikament Zuflucht zu nehmen, um den gewünschten Heilerfolg zu erreichen, und das ist dann mit Vortheil die Salicylsäure, entweder in Pulver oder noch besser als Collemplastrum acidi salicylici. wegen der gleichzeitig macerirenden Wirkung. Turinsky hält 10- und 20procentiges Salicylpflaster stets vorräthig, geringere oder höhere Concentrationen müssten eigens bestellt werden. Für

den gewöhnlichen Gebrauch genügen die erwähnten. Man hat es dabei in der Hand. stärkere oder geringere Desquamation zu erzielen, und wird also bei mit schwieliger Epidermis bedeckten alten Ekzemen sehr gute Resultate erzielen. Ist gleichzeitig Jucken vorhanden, so lässt die Pflasterapplikation mit Theergebrauch kombiniren.

Aber nicht nur macerirend und desquamirend wirkt das Collemplastrum salicylicum, sondern auch paraciticid: zwar nicht in sehr hohem Maasse, aber doch genug, um gewisse auf der Haut wuchernde Pilze zum Absterben und damit auch den entzündlichen Prozess zum Schwinden zu bringen. Hier ist es vor Allem eine Affektion, die ich glaube besprechen zu müssen. die sehr häufig mit Ekzem verwechselt wird, die Impetigo contagiosa, und sehe ich mich daher neuerdings zu einer differential-diagnostischen Exkursion veranlasst. Meist bei Kindern, seltener bei Erwachsenen findet man eine Affection im Gesichte, die sich durch rapide Entwicklung ziemlich dicker Borken charakterisirt, welche im Anfange isolirt auf einer etwa linsengrossen Basis stehen, und erst im weiteren Verlaufe durch Confluenz grössere Borken bilden. Sieht man genau nach, und hat man, wie der Hausarzt, Gelegenheit, den Patienten mehrmals im Tage zu beobachten, so kann man in geringerer oder weiterer Entfernung dieser Borken Bläschen sehen, die entweder von gar keinem oder einem sehr schmalen rothen Stoff umrandet sind, und eine so zarte, dünne epidermidale Decke haben, dass das Contentum diese bald wegschwemmt, und dann zu einer honigartigen Borke eintrocknet. Die Bläschen vergrössern sich nicht, sondern grössere Strecken der Haut werden dadurch von ihnen und den aus ihnen resultirenden Borken occupirt, dass eben viele solche Efflorescenzen nahe an einander auftauchen, einander tangiren und endlich confluiren. Die Affektion ist gleichzeitig sehr ansteckend, so dass ganze Familien, Schulen, Institute, überhaupt wo Kindern Gelegenheit zu Kontakt geboten ist, von der Krankheit ergriffen werden. Die Oberhaut Erwachsener scheint der Pilzniederlassung zu grosse Resistenz zu bieten, während die zartere Epidermis der Kinder der Invasion nicht zu widerstehen vermag.

Diese so häufig als impetiginöses Ekzem angesehene Impetigo contagiosa heilt sehr langsam, wenn man nicht parasiticide Mittel applicirt, dagegen sehr rasch bei antimykotischer Behandlung. Die Anwendung der Salicylsäure genügt vollkommen, und bietet unser Präparat, je nachdem man intensiv zu wirken hat, in 10- oder 20procentiger Concentration, ein ebenso sicheres als bequemes Mittel dar. Schon nach zweistündiger Applikation lassen sich die früher starren und festanhaftenden Borken mit Leichtigkeit entfernen, und nach einer einwöchentlichen Behandlung ist meist der

ganze Prozess abgelaufen, so dass nur etwas röthere Stellen den Ort verrathen, wo früher die Efflorescenzen gestanden haben.

Seltener verwende ich das 50%ige Collemplastrum plumbicum und das 10%ige Collemplastrum picis liquidae, obwohl auch beide von geeigneter Blei-, resp. Theerwirkung gefolgt werden, mit deren Indikation ich den Leser nicht ermüden will.

Von sehr günstiger Wirkung auf trockene, oder doch nur mehr wenig nässende Ekzeme ist auch das Collemplastrum Ichthyoli, dessen vielfältiger Anwendung nur der unangenehme Geruch des Ichthyoles hinderlich im Wege steht. Als juckenminderndes Mittel und zur Beseitigung der letzten Reste papulöser Eruptionen steht es aber in vorderster Reihe. In neuerer Zeit hat man statt des Ichthyoles einen ihm ähnlichen Körper, der den Vortheil hat, gar keinen Geruch zu verbreiten, in die dermatologische Praxis einzuführen gesucht, das Thiol, mittelst welches wir ein Collemplastrum Thioli anfertigen liessen. So weit jetzt meine Erfahrungen reichen, kann ich von einem vollkommenen Ersatze nicht berichten, und muss bekennen, dass das Thiol betreffs seiner Wirksamkeit das Ichthyol nicht erreicht. Freilich sind beide diese Mittel allein angewandt, selten im Stande eine rasche Heilung des Ekzems herbeizuführen, ja es gibt sogar Fälle, in denen sie Verschlimmerung nach sich ziehen. So hat auch Kopp (Münch. med. Wochenschrift 1889, Nr. 35 u. 36) unter 23 Fällen von akutem Ekzem blos in 6 Fällen auffallende Besserung, in den übrigen 17 Fällen Steigerung der Ekzemerscheinungen gesehen. Bei 40 Fällen von chronischem Ekzem, bei dem es besonders indizirt erscheint, hat er durch Ichthyol niemals Heilung, und häufig Verschlechterung gesehen.

Ich stimme mit ihm vollkommen überein, finde es aber doch manchmal als nöthiges Adjuvans. Z. B. in 10%iger wässeriger Lösung bringt es manche noch nässende Stellen rasch zum Trocknen und beseitigt das Jucken. Oft ist es nöthig, einfach aus dem Grunde die Medikamente zu wechseln, weil das bisher gebrauchte Mittel seine Wirkung versagt, ja manchmal sogar reizend wirkt. Da eignen sich nun Ichthyol- oder Thiol-Lösungen, die entweder wässerig oder alkoholisch oder mit Oel, Vaselin, Lanolin oder irgend einem Fett in 5—20%iger Konzentration in Gebrauch kommen.

* * *

Nach diesen Pflastern, da ihnen ähnlich wirkend, komme ich zur Besprechung der medikamentösen Leime. Ich habe die Bereitungsweise und Herstellung dieser Glycerin-Gelatine-Präparate im 1. Heft dieser Zusammenstellung eingehend besprochen und verweise hier darauf hin, um Wiederholungen zu vermeiden.

Beim Ekzem, speziell bei besonders chronischer Form dieses Leidens, kommen der Zinkoxyd-Glycerinleim, der mit Zinkoxyd und Alumen aceticum, mit Lithargyrum, mit Plumbum aceticum, mit Salicylsäure, mit oder ohne Zink, mit Theer und Ichthyol in Betracht. Die Anwendung geschieht auf die Weise, dass die betreffende Ekzemstelle zuerst von allen anhaftenden Ingredienzien, von Resten früher angewandter Medikamente, und sämmtlichen Borken befreit und gereinigt werde, wozu entweder Sapo viridis, Spiritus saponis Kalini, oder eine der zahlreichen medikamentösen Seifen, Karbolseife, Schwefelseife, Resorcin-Salicyl-Seife u. dgl. angewandt wird. Ist noch Nässen vorhanden, so wird hierauf die Stelle mit Watte gut abgetupft, um sie trocken zu erhalten, worauf die Einleimung erfolgt. Zu diesem Zwecke werde der Topf mit dem darin enthaltenen erstarrten Leime in ein Gefäss mit heissem Wasser gestellt und darin so lange gehalten, bis die Masse sich verflüssigt hat. Hat man das Gefäss mit dem heissen Wasser auf's Feuer oder über einen Bunsen'schen Brenner gestellt, damit das Schmelzen des Leimes rascher erfolge, so muss man den Leim vor der Applikation mit dem eigenen Finger auf seine Temperatur prüfen, weil er sonst viel zu heiss zur Verwendung gelangen könnte. Selbst wenn noch nicht die ganze Masse zerschmolzen ist, wenn also noch ein starrer Brocken der Leimmasse im flüssig gewordenen Theile schwimmt, kann letzterer so heiss sein, dass er Brandblasen hervorzurufen im Stande ist, und das um so mehr, je dicker die aufgetragene Leimschichte ist. Ist die Temperatur die geeignete, so trägt man mittelst eines zweifingerbreiten Lasirpinsels die gewählte Leimart auf und bedeckt sie mittelst eines Stückes Gaze oder Lint, oder klebt sofort so viel zerzupfte Watte darauf, als halten will. Solche Verbände bieten wesentliche Vortheile.

Der innige Kontakt des Medikamentes mit der Haut, die Unmöglichkeit, die aufgetragene Masse so leicht wieder zu entfernen, sowie die Behinderung, dass der Patient die kranke Stelle berühre oder zerkratze, sind nicht genug zu lobende Vortheile, von denen ich bei der Besprechung des Ekzemes der Unterschenkel und seiner Konsekutivzustände noch eingehend handeln werde. Freilich darf die Beleimung eines stark nässenden oder eiternden Ekzemes nicht statthaben; wenn auch durch den Druck der exsudirten Flüssigkeit und durch Erweichung die Leimmasse abgehoben wird, so kann sie dieselbe doch nicht durchdringen, bleibt vielmehr wie in einer Blase abgeschlossen, und unter dem Verband kann es zu Retentionserscheinungen kommen, die das ursprünglich vorhandene Ekzem noch steigern könnten. Es ist also angezeigt, nur solche Fälle der

Leimtherapie zu unterziehen, bei denen das starke Nässen schon nachgelassen hat, oder eine ganz trockene Unterlage vorhanden ist. Man beginnt also beim exquisiten Ekzema medidans lieber mit einer anderen Behandlungsweise, z. B. mit dem später zu erwähnenden Resorcindunstumschlägen, und lässt die Glycerin-Gelatin-Einhüllung nachfolgen.

Bezüglich der Wahl der dem Leime inkorporirten Mittel gelten die nun schon mehrfach wiederholten Grundsätze: Will man noch intensiver austrocknen, so wählt man den Zinkoxyd-, Zinkoxyd-Alumen-aceticum, den Lithargyrum- und den Plumbum-aceticum-Glycerin-Leim, hat man die Absicht desinfizirend und die Epidermis abstossend zu werden, den Salicyl-Leim, und handelt es sich darum, bei einem trockenen Ekzem das Jucken zu vermindern, so treten der Theer- und der Ichthyol-Leim in ihre Rechte. Von sehr guter, sowohl austrocknender, als gegen das Jucken gerichteter Wirkung ist der Zink-Ichthyol-Leim. Um den Theergeruch so viel als möglich zu decken, lässt sich die Applikation auch so vornehmen, dass man zuerst die ekzematöse Stelle eintheert, und dann mit dem Zinkleim bedeckt, der dann wieder mittelst dünner Stoffe oder Watte fixirt wird. Zu dieser Manipulation eignet sich aber nicht so sehr ein reines Theeröl, als ein Gemenge von Theer, Aether sulf. und Spir. vin., etwa nach der Formel:

Rp. Ol. Fagi (oder Rusci)
Aetheris sulf. . . $\overline{aa}$ 10
Spir. vini rectif. . . 20

Diese Theerlage trocknet in Folge raschen Verdunstens des Aethers und des Alkoholes rasch ein und es wird dadurch ein Verschmieren des Theeres mit dem Zinkleim vermieden.

Die aufgetragene Leimschichte lässt sich leicht wieder entfernen, da man ja nur wieder warmes Wasser drauf zu wirken lassen braucht, um sie weich und abwischbar zu machen. Hände und Füsse steckt man direkt in's Wasser hinein, worauf die Leimschichte sich von selbst ablöst.

Die Nothwendigkeit, diese Glycerin-Leime erst zu erwärmen, ehe sie zur Anwendung kommen können, bildet besonders für jene Aerzte ein Hinderniss ihrer Anwendung, welche nicht immer, sondern nur gelegentlich Hautkranke behandeln. Es dauert doch oft gegen eine halbe Stunde, ehe das Präparat zur Verwendung geeignet ist, eine Zeit welche erspart würde, wenn man einen kalten, weich bleibenden Leim besässe, der aufgetragen, erstarren und ebenso günstig wirken würde, wie der warm aufgelegte.

Diesen Anforderungen hat Pick mittelt seines Linimentum exsiccans entsprochen, und damit ein Präparat geliefert, welches von höchster praktischer Verwendbarkeit ist. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.)

Die Drogue, welche hier in Betracht kommt, ist der Traganth (Gummi Tragacantha), welcher nach Giraud aus etwa 60% einer unlöslichen Pektinsubstanz, 8—10% löslichem Gummi, 2—3% Stärke nebst Cellulose besteht.

Man kann das gewünschte Konstituens, welches Pick um allen Verwechslungen und Missverständnissen vorzubeugen, nach seinen hervorstechendsten Eigenschaften als Linimentum exsiccans bezeichnet, auf kaltem und warmem Wege bereiten. Nach zahlreichen Versuchen hat sich ergeben, dass die entsprechendste Konsistenz des Liniments bei folgendem Verhältniss erzielt wird: 5 Theile Traganth, 2 Theile Glycerin auf 100 Theile destillirtes Wasser. Bei der Bereitung auf kaltem Wege wird der feinst pulverisirte Traganth unter langsamem Zusatze der gedachten Flüssigkeitsmenge mit derselben im Mörser derart verrieben, dass keine Brocken entstehen, die Masse vielmehr eine ganz gleichmässige syrup- oder lanolinartige Beschaffenheit annimmt. Es ist bei dieser Bereitungsweise, welche sich wohl für die Darstellung im Kleinen am besten eignen dürfte, nicht zu vermeiden, dass die Masse von zahllosen Luftblasen durchsetzt ist, die jedoch für die Anwendungsweise des Liniments selbstverständlich keine weitere Bedeutung haben und überdies bei der weiteren Verarbeitung zu den meisten zusammengesetzten Linimenten wieder ausgetrieben werden. Immerhin ist die Bereitung des Liniments auf warmem Wege, wobei gleichfalls das angegebene perzentuale Verhältniss einzuhalten ist und bei dem dieser Umstand natürlich entfällt, sowie bei der Herstellung grösserer Mengen schon deshalb vorzuziehen, weil auf diesem Wege ein vollständig aseptisches Präparat bereitet werden kann, das allen Anforderungen auch nach dieser Richtung entspricht. Ein stets gleichmässiges, sterilisirtes Präparat liefert den Apothekern und Aerzten die Firma Franz Kral in Prag (Kleiner Ring 11). Ich halte es vorläufig noch nöthig, ein von dort bezogenes Liniment zu verordnen, da ich gefunden habe, dass die nach obiger Verordnung hier bereiteten Präparate, den Originalen bei weitem nachstehen; sie waren dünnflüssiger und trockneten sehr langsam. Es scheint eben, wie bei so vielen anderen pharmaceutischen Präparaten eine gewisse Uebung und Erfahrung nothwendig zu sein, um den gewünschten Stoff in einer allen Anforderungen entsprechenden Weise herstellen zu können.

Das auf die angegebene Weise hergestellte Liniment kann nun an sich in allen Fällen, in welchen es sich um die Anwendung

eines Deck- und Schutzmittels handelt, gleich der Glycerin-Gelatine gebraucht werden. Es bedarf aber einerseits keiner weiteren Vorbereitung, es lässt sich wie ein jedes Liniment oder jede Salbe in dünnster Schichte aufstreichen, vertheilen und beliebig verreiben und lässt sich anderseits wie die Gelatine durch einfache Waschung wieder vollkommen entfernen. Die erste Wirkung, welche die Kranken auf die gemachte Einreibung empfinden, ist ein angenehmes Gefühl der Kühle, welches sich besonders bei kongestionirter und noch mehr bei entzündeter Haut, speciell beim Ekzem in erfreulicher Weise geltend macht. Die auf der Hautoberfläche vertrocknete Linimentschichte bildet nun eine ganz feine, glatte, die Farbe der Haut in keiner Weise verändernde, trockene Decke, welche, wenn das richtige Verhältniss des Glyceringehaltes und Traganths getroffen wurde, auf nicht entzündeter Haut kein weiteres Gefühl hervorruft, auf entzündeter Haut ein Gefühl der Spannung erzeugt, das jedoch nicht schmerzhaft ist und in seinen Folgen, aus leicht begreiflichen Gründen, eine günstige Wirkung hervorruft. Nicht zum Geringsten besteht der Werth dieses Verfahrens gegenüber der Deckung mit Fettsalben und Pflastern darin, dass dem Kranken das peinliche Gefühl der eingefetteten Haut erspart bleibt, dass seine Wäsche und Kleider nicht beschmutzt und verdorben werden und ein weiterer Verband überflüssig ist.

Das einfache Liniment kann als Konstituens für die zusammengesetzten Linimente benützt werden. Es ist geradezu erstaunlich, welch' grosse Quantitäten an wirksamen Substanzen demselben einverleibt werden können. Man kann die zur Verwendung kommenden Medikamente in zwei Gruppen theilen, solche, die im Wasser löslich und solche, die im Wasser unlöslich sind. Die Stoffe der ersten Gruppe können sofort dem zur Bereitung des einfachen Liniments nöthigen Wasser zugesetzt werden und sind dann auch im Linimente in vollkommener Lösung vorhanden.

Aber auch die im Wasser unlöslichen Stoffe kommen im Linimente zur feinsten und gleichmässigen Vertheilung durch einfache Verreibung mit demselben. Die öligen Substanzen dieser Gruppe ändern an der Konsistenz und den sonstigen Eigenschaften des einfachen Liniments nichts, sie verzögern die Vertrocknung nur bei sehr hoher Dosirung, wie Pick bei der Anwendung der Theerpräparate des Oleum fagi, cadini, rusci, dem Ichthyol, dem Styrax, dem Perubalsam u. A. bei 5—10% Dosirung erfahren hat. Andere im Wasser unlösliche Stoffe, wie Chrysarobin, Zinkoxyd, das weisse, rothe, gelbe Quecksilberpraecipitat, Jodoform, Jodol, die Salicylsäure u. A. geben je nach der Dosirung dem Liniment eine Pastenkon-

sistenz, ohne jedoch seine sonstigen Eigenschaften zu beeinträchtigen, sie erhöhen vielmehr vielfach seine eintrocknende Eigenschaft wesentlich, wie z. B. die Zinkoxydlinimente und fördern dadurch nach gewisser Richtung den gewünschten Zweck.

Die Anwendung der zusammengesetzten Linimente geschieht auf dieselbe Weise wie die des einfachen Liniments. Sie lassen sich in energischer und feinster Verreibung appliziren und lassen die Wirkung der einverleibten Medikamente auf das erkrankte Gewebe zur Geltung kommen. Dabei treten selbstverständlich auch jene subjektiven und objektiven Symptome auf, die der chemischen und physikalischen Eigenschaft des Medikamentes entsprechen. Das Gefühl des Brennens, der Schmerzen bei der Anwendung des Salicyl-, Resorcin-, Borsäure-Liniments, wird also von diesen Substanzen herrühren und sich adäquat der Dosirung verhalten.

Von grossem Vortheile ist, dass die zusammengesetzten Linimente auch nach längerer Zeit keine Veränderung erfahren, selbst die angeführten Quecksilberpräparate erleiden, wenn sie in geschlossenen, dunklen Tiegeln aufbewahrt werden, keine Veränderung, und dass die meisten Substanzen bei energischer Lokalwirkung keine oder nur geringe Allgemeinerscheinungen hervorrufen.

Pick hat das vielfach bei den Theerlinimenten erprobt, die bei einer 10% Dosirung eine ebenso energische Lokalwirkung herbeigeführt haben, wie die Anwendung der einfachen Theerpräparate und dennoch selbst bei einer Verwendung derselben über den ganzen Körper keine oder nur sehr schwache Resorptionswirkungen hervorgerufen haben. Dasselbe gilt bei der Anwendung der Creolin- und Salicyl-Linimente. Dass bei der Anwendung der genannten Linimente auf die kranken Hautstellen und bei der energischen Einreibung derselben an Stellen, die von der Epidermis entblösst waren, eine Resorption stattfinden musste und auch wirklich stattgefunden hat, war von vorneherein klar und konnte auch durch die Untersuchung des Harns erwiesen werden, allein die Menge der resorbirten Substanz war sehr gering, weil die Menge derselben in dem Linimente eine vielfach geringere war, und sich dennoch ausreichend erwies, um die gleiche Lokalwirkung hervorzurufen.

So kurz auch die Zeit ist, die seit Pick's Publikation abgelaufen, glaube ich doch über sein Präparat bereits ein sehr günstiges Urtheil fällen zu können. Ich verwendete es bisher entweder einfach als Deckmittel über Rhagaden und nicht entzündlichen Epidermisabschilferungen, oder als Mittel gegen Ekzem. Zu diesem Zwecke mengte ich es in einer der Lassar'schen Paste ähnlichen Weise nach folgender Formel:

Rp. Acidi salicylici . . . . . 1
Zinci oxydati . . . . . 20
Linimenti exsiccantis (Pick) 50
M. exactiss. d. ad fictile.

Ich streiche diesen Leim mittelst einer Spatel oder eines Borstenpinsels auf vesiculo-papulo-squamöse Ekzemstellen auf, bedecke sie mit etwas Gaze oder Watte und lasse die Leute warten bis der Verband trocken geworden ist, worauf sie ihrer Beschäftigung nachzugehen vermögen, es wäre denn, dass das Ekzem an den Fingern sässe, und sie mit den Händen in Wasser zu manipuliren gezwungen wären. Auch vorherige Theerapplikation lässt sich mit diesem Medikament verbinden.

Auf einen Umstand muss ich aber hier aufmerksam machen, der auch für die Gelatin-Leime zu gelten hat, dass sowohl letztere als auch das Linimentum exsiccans sehr gute Nährböden für allerlei Pilze, besonders Schimmelpilze, abgeben. Lässt man die ungemengten Präparate frei stehen, so kann man schon nach wenigen Tagen einen grünlichen Pilzrasen an ihrer Oberfläche vorfinden, wesshalb es nöthig ist, stets irgend ein parasiticides Mittel beizufügen. Bei oben erwähnter Zusammensetzung genügt der zweiprozentige Zusatz von Acidum salicylicum, um die Masse steril zu erhalten, und wird man daher auch in anderen Fällen, selbst wenn man nicht gerade speziell Salicylwirkung erzielen will, diesen Zusatz machen müssen, vorausgesetzt, dass er nicht durch die Anwesenheit anderer Medikamente kontraindicirt ist. Man wird dann allenfalls zur Karbolsäure, zum Quecksilber-Sublimat in einpermilliger Konzentration seine Zuflucht nehmen müssen, wie ich letzteren z. B. stets mit Chrysarobin dem Linimentum exsiccans beifügen lasse.

Bei der grossen Aufnahmsfähigkeit des Linimentes und der Bequemlichkeit seiner Applikation wird ihm voraussichtlich eine weitgehende Verwendung in der dermatologischen Praxis zu Theil werden.

* * *

Ich gelange nun zur Behandlung des Ekzemes mittelst Dunstumschlägen. Diese wohl an und für sich schon alte, sogar wegen der Gefahr der Weiterverbreitung in vielen Fällen von Ekzem fallengelassene Behandlungsweise, ist neuerdings aber wieder zu Ehren gekommen, seit gleichzeitig die Wirkung eines Arzneistoffes bekannt wurde, der manchmal fabelhafte Erfolge nach sich zu ziehen vermag, ich meine das Resorcin. Ich habe schon an mehreren Stellen der Resorcin-Dunstumschläge vorüber-

gehend Erwähnung gethan, glaube aber doch nicht fehl zu gehen, wenn ich ihnen ein Kapitel unserer Besprechung widme, weil ich es für zu wichtig halte, dass Methode und Indikation genau bekannt würden. Wie so viele andere zweckmässige Rathschläge verdanken wir die Einführung dieses Verfahrens dem nimmer ermüdenden Eifer Unna's. Bald nach seinen diversen, diesbezüglichen Publikationen habe ich das von ihm angegebene Verfahren prüfend angewandt, und kann die ganz emminente Wirkung nur dankbar bestätigen.

Unter den verschiedenen Ekzemfällen die ich mit den Resorcin-Dunstumschlägen behandelte, fand ich letztere besonders dort indicirt, wo neben beträchtlicher Röthe auch ödematöse Schwellung, Spannung, Schmerzhaftigkeit und stellenweise Pustelentwicklung vorfindlich war. Bei sehr weit ausgedehnten, fast universellen Ekzemen, bei denen früher schon von Anderen mannigfache Heilversuche fruchtlos angewandt worden waren, sah ich so rasche Heilung, dass ich manchmal selbst über den Erfolg staunte. Blutrothe, stark nässende, vielfach zerkratzte Ekzeme heilten in kaum 1—2 Wochen zu, und es musste nur noch das restirende Jucken anderweitig beseitigt werden. Aber auch bei circumscripten, schwieligen, rhagadiformen Ekzemen leisteten die erwähnten Umschläge überraschende Dienste.

Die Form des Resorcins als Dunstumschlag, vereinigt Intensität der Wirkung und Sicherheit des Erfolges mit ungemeiner Einfachheit der Anwendung. Eine *ein- bis zweiprocentige Lösung des Resorcins* genügt für die meisten Fälle. Man verschreibe gewöhnlich:

Rp. Resorcini
Glycerin . . āā 10
Spirit. vini . . 180

M. S. mit 4 Theilen Wasser (oder Kamillenthee) zu verdünnen.

Bei ärmeren Leuten verschreibt man 10—20 g. Resorcin und lässt dasselbe in einem Liter Wasser lösen. Der geringe Glycerinzusatz wirkt der Eintrocknung des Verbandes entgegen.

Im Allgemeinen wird der Verband so hergestellt, dass eine dünne Wattelage (bei stark nässenden Ekzemen noch mit einer Mullunterlage) mit der Lösung gut angefeuchtet applizirt, sodann mit wasserdichtem Material (Guttapercha-, Pergament-, Oelpapier, oder Billrothbattist) bedeckt und mittelst einer Mullbinde oder sonstiger Bandage befestigt wird.

Diese Form kommt hauptsächlich in Betracht an Armen und Beinen bei Erwachsenen und auch am Kopfe und Rumpfe von Kindern. Eine ganze Reihe einfacher Modifikationen für bestimmte

Regionen kann dieser Verband annehmen. So ist es z. B. ganz praktisch, bei einzelnen Ekzemflecken an den Händen und Fingern Zwirnhandschuhe tragen zu lassen, die nach dem Anziehen von aussen an den betreffenden Stellen mit Resorcin angefeuchtet werden. Ein zweiter wasserdichter Handschuh oder eine Einwickelung der ganzen Hände in wasserdichtes Zeug vollendet den Verband. In ähnlicher Weise kann man Strümpfe, Stücke von Aermeln und Unterhosen als Feuchtigkeit haltende Unterlage benützen, wo die Ekzemflecke an Füssen, Armen und Beinen sitzen. Für kleine Ekzemstellen am Rumpfe und allen übrigen Körpertheilen benütze man als eine zugleich wasserdichte und selbstständig klebende und dabei niemals reizende Ueberlage dès Beiersdorf'schen Heftpflastermulls oder des Collemplastrum adhäsivum. Man bedeckt den Ekzemfleck mit einem gut mit der Resorcinlösung angefeuchteten Wattebäuschchen und dieses wieder mittelst eines Stückes Heftpflastermull, der einen Finger breit die Wattekompresse überragt. Besonders, wenn man solchen Verband noch überleimt und wattirt, kann man ihn Tage lang mit ausgezeichnetem Erfolge sitzen lassen. Auch am Gesichte, Ohren, Genitalien und Händen kann man mittelst des Heftpflastermulles und der angefeuchteten Wattemasken, wasserdichte Bedeckungen, Handschuhe etc. improvisiren. Letzteres beispielsweise so, dass man die mit feuchter Watte bedeckte Hand auf ein mehr als doppelt so grosses Stück Heftpflastermull legt und dieses über die Hand zusammenschlägt, dass so die Ränder auf einander kleben. Solche wasserdichte Handschuhe kann man viele Nächte nacheinander tragen lassen.

Die Methode der Resorcinumschläge ist hauptsächlich dort praktisch, wo man die Behandlung längere Zeit permanent oder wenigstens die Nächte durchführen kann. Dann ist jede Hautstelle dafür geeignet, an welcher ein Verband leicht und sicher haltend anzulegen ist. Einen besonderen Vortheil erzielt man bei seiner Anwendung, nämlich die Aufquellung der Hornschicht. Durch die letztere heilen alle schmerzhaften Einrisse und Rhagaden, wie sie besonders an den Fingern und Ohren vorkommen, in einer Nacht. Dieselbe Quellung der Hornschicht durch den impermeablen Verband bedingt aber auch eine Vorsicht. Man muss bei Abnahme desselben die Hornschicht einfetten und Seifenwaschungen meiden, um nicht die abwechselnd frei getragene Hand durch Eintrocknung erst recht spröde werden zu lassen. Hiezu empfiehlt Unna vor allem die Salbenstifte, da die Dunstumschläge ja doch meistens an umschriebenen und häufig an unbedeckten Körperstellen (Hände, Gesicht) angewandt werden. Im ersten Hefte dieser Abhandlung finden sich Formeln und Bereitungsweisen der Salbenstifte genau angegeben.

Der Grund, weshalb die Dunstumschläge, mit so schwacher Resorcinlösung bedeutende Heilerfolge auszuüben im Stande sind, liegt hauptsächlich in der durch sie gesetzten Veränderung der Resorptionsbedingungen der Haut. Unter der wasserdichten Bedeckung quillt, wie bei den Pflastermullen, die Hornschicht auf, wird im selben Maasse weniger zugängig für das Hautfett und somit durchlässiger. Während aber in den Pflastermullen das Medikamente trocken auf die Haut gebracht wird, und die obersten Hornschichten trocken beiben, quellen gerade diese bei den Dunstumschlägen am meisten. Abgesehen von der somit stärkeren Resorption des specifischen Heilmittels scheint die permanente wasserdichte Bedeckung an und für sich einen beruhigenden, anaemisirenden Einfluss auf die entzündete Haut auszuüben.

Nur wo eine Resorcinidiosynkrasie herrscht, muss man bei den ersten Anzeichen derselben die Therapie ganz aussetzen und lediglich stark einpudern lassen. Alsdann beginnt die Haut zu schmerzen und anzuschwellen. Setzt man die Therapie noch fort, so schiessen oberflächliche, aber grosse Blasen auf, welche Brandblasen ähnlich sehen, und das Oedem kann von der Applikationsstelle aus den ganzen Körper überziehen. Glücklicherweise kommt das nur selten vor. Unter etwa 2000 seit 5 Jahren mit Resorcin behandelten Fällen habe ich noch nicht zehn Mal diese Idiosynkrasie angetroffen. Ich bin aber der Meinung, dass diese vermeintliche Idiosynkrasie gegen das Resorcin weit eher in der Verwendung eines nicht vollkommen tadellosen Präparates zu suchen ist. Das Resorcin zersetzt sich bald bei Licht- und Luftzutritt. Wird nun eine aus zersetztem Resorcin bereitete Lösung applizirt, so mögen eher Reizungserscheinungen auftreten, als bei Anwendung eines reinen Präparates. Es ist daher anzurathen, die Lösungen sowohl, als das Resorcinpulver selbst in schwarzen oder braunen Flaschen zu verwahren und dementsprechend ad fictile nigrum zu verschreiben.

Sodann sind nicht geeignet für diese einfache Therapie jene Fälle, in denen durch langen Bestand äusserst stark infiltrirte oder mit dicken Hornschwarten bedeckte Ekzemflecke vorkommen, da wir hier rascher zum Ziele führende Methoden besitzen, von denen ich gelegentlich schon gesprochen. Aber hier wird man das Resorcin nicht ganz beiseite lassen, sondern seine Anwendung nur verschieben müssen. Hat man nämlich z. B. mit Salicylcollemplastrum die Epidermisverdickung behoben, unter der sich noch Ekzem verborgen gehalten hat, so wird die Zeit kommen, die Resorcin-Dunstumschläge zur Anwendung zu ziehen.

Bockhart's Behandlung des chronischen Ekzemes (deutsche med. Woch. 1885, Nr. 29) besteht in der Scarificirung der erkrankten Stellen, indem sich senkrecht kreuzende Schnitte von circa 7 *mm* Distanz durch die erkrankte Haut und entsprechend tief, je nach der vorwaltenden Verdickung der allgemeinen Decke gemacht werden. Die vom Blut gereinigten Stellen werden dann mit Kalilauge so lang bestrichen, bis die Epidermis sich loszulösen beginnt; dann wird mit Wasser abgespült, mit ung. Diachylon, und später mit einer die Ueberhäutung befördernden wässerigen Lösung verbunden. Vor der Operation soll der Patient eine Morphiuminjection bekommen und die zu scarificirende Stelle selbst anästhesirt werden. Neben der Schmerzhaftigkeit, die durch die letzterwähnten Vorschläge vom Verfasser verrathen wird, dürfte seiner Methode auch noch das eigene Geständniss schaden, dass nach eingetretener Heilung zahlreiche feine, die Haut striemenartig durchsetzende Narben zurückbleiben. die an frei getragenen Stellen jedesfalls zu dauernden Verräthern des früher bestandenen Leidens würden.

* * *

Diesen mehr allgemeinen Betrachtungen über die neuere Ekzembehandlung will ich einige Winke anfügen für die Behandlung bestimmt lokalisirter Ekzeme, und beginne dabei mit dem

## Ekzem des behaarten Kopfes.

Zwei Umstände sind es, welche hier auf das Bild des Ekzemes verändernd einwirken; die Gegenwart der Haare und das Vorhandensein grosser Mengen von Talgdrüsen. Die ersteren rufen raschere Borkenbildung und Festsitzen derselben hervor, und beeinträchtigen die Leichtigkeit der Behandlung, da dem genauen Anliegen der Medikamente ein Hinderniss geboten wird. In allen Fällen, in denen es möglich ist, wird man daher wohl daran thun, die Haare vor Beginn der Behandlung so kurz als möglich schneiden zu lassen, und wird das günstigere Resultat sicherlich dann nicht ausbleiben. Bei jungen Mädchen freilich wird man das Opfer eines so werthvollen Schmuckes nicht verlangen, und durch Genauigkeit und Mühe das ersetzen müssen, was an Bequemlichkeit und Leichtigkeit der Behandlung verloren ist.

Die Anwesenheit der zahlreichen Talgdrüsen an der Kopfhaut ruft durch häufiges gleichzeitiges Mitergriffenwerden der Drüsen eine Veränderung in dem Bilde des Ekzemes selbst hervor, das mannigfachen Variationen unterworfen ist, je nachdem die das Ekzem begleitende Seborrhoe heftiger oder minder heftig ist, ob die

Ekzemerscheinungen prävaliren, oder durch die vorhandene Seborrhoe in den Hintergrund gedrängt werden. Wir haben es dann mit einem Ekzema cum Seborrhoea, mit Unna's Ekzema seborrhoicum zu thun. Von dieser Abart werde ich in zweiter Linie sprechen.

Vorerst will ich von dem unveränderten Ekzema capillitii handeln, und da muss ich einer Form Erwähnung thun, die ich relativ selten, aber doch eine Reihe von Malen per Jahr sah, welche unter ganz eigenthümlichem Bilde zu Stande kommt, von der ich auch bezweifeln möchte, dass sie den Namen Ekzem sensu strictissimo verdient, und nicht eher unter die Herpesarten, in die Gruppe des Herpes febrilis gehörte. Da aber stets beträchtliches Nässen und rasche Borkenbildung vorhanden ist, aus denen der praktische Arzt ja meist sein Ekzem construirt, und daher auch sicher die subsumirten Fälle als solche betrachtet, glaube ich recht zu thun, sie hier zu besprechen.

Nach vorhergegangenem leichten Unwohlsein, oder auch ohne solches finden die betreffenden Patienten plötzlich, ohne dass sie durch irgend ein subjectives Gefühl aufmerksam geworden wären, ihre Haare in einem gewissen Bereiche mit einander verklebt. Anfangs ist es nur eine einzige, an Guldenstückgrösse heranreichende Stelle, an der die verklebende Borke sitzt, und in seltenen Fällen bleibt es auch bei dieser einzigen, meist aber gesellt sich bald eine zweite, dritte hinzu, so dass die Hälfte und darüber der Kopfhaut von der Borke eingenommen wird. Dabei verläuft der Prozess sehr rasch; schon nach wenigen Tagen kann die erwähnte Ausdehnung erreicht sein. Immer stärker nässt es, immer mächtiger wird die Borke und bald entwickelt sich ein so übler Geruch, dass die Patienten selbst von Ekel erfasst werden, die Umgebung sie meidet. Sieht man nun eine solche Stelle genau an, so findet man nach Abheben der Borken ausser dem Nässen kein dem Ekzem zugehörendes Symptom. Die Basis, von der die seröse Flüssigkeit emporquillt, ist gar nicht, oder kaum geröthet, es sind keine Knötchen, keine Ekzembläschen vorhanden, es sieht vielmehr aus, als ob nach Wegschwemmen der verhornten Epidermislagen, die Flüssigkeit durch die tieferen Epidermisschichten durchdringen würde, und das in einer Menge, die die Menge der bei nässenden Ekzemen vorhandenen Ausschwitzung um ein Vielfaches übertrifft.

Ich weiss nicht, wie viel Zeit zum spontanen Ablaufe und zur spontanen Heilung dieser Afektion nöthig ist, da ich ja in allen Fällen thätig einzugreifen gezwungen war, aber eine andere Beobachtung habe ich mit Sicherheit machen können, dass nämlich

sehr gerne mehrere Ausbrüche nach einander in verschiedenen Zwischenräumen auftreten, deren Intensität gleichfalls sehr verschieden sein kann.

Was nun die Behandlung dieser in gewisser Beziehung dem Ekzem ähnlichen Erkrankung anlangt, habe ich gefunden, dass jedwede nur im Mindesten reizende Therapie von Nachtheil ist. Dabei wirkt aber manches Mittel schon reizend, das unter gewöhnlichen Verhältnissen als solches nicht angesehen wird, ja übermässige Maceration vermag schon verschlechternd auf den Zustand Einfluss zu nehmen. So vermeide ich Oelbegiessungen prinzipiell, und wende jetzt konstant mit Erfolg folgende, schon ältere Salbe an:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Cerae alb. | |
| | Paraffini . . aa | 5 |
| | liquefactis adde | |
| | Ol. amygdalar. . | 30 |
| | Acidi boracici . | 5 |
| M. | exactissime. | |
| | F. ung. | |

Diese Salbe lasse ich mittelst eines Borstenpinsels aufgetragen und sanft verrieben, die vorhandenen Borkenmassen zu einem Brei erweichen, mittelst eines flach aufgelegten Kammes von der Basis abheben, und trage nun eine möglichst dicke Schichte derselben Salbe auf. Früh, Mittags und Abends wird in den ersten Tagen diese Prozedur mit Genauigkeit wiederholt, und zu Ende der ersten Woche sieht man meist schon die Heilung beginnen. Jedesfalls soll man in der angegebenen Weise so lange fortsetzen, bis das Nässen wesentlich nachgelassen hat, da es sonst bald wieder auftritt, wenn man zu früh die Behandlung unterbrochen haben sollte. Ist nur mehr eine sehr geringe Feuchtigkeitsschichte zu sehen, so kann man zu einer 10—50prozentigen wässerigen Ichthyollösung übergehen, die rasch eintrocknet, und unter deren schützender Decke der Ersatz der verloren gegangenen Epidermis und ihre Verhornung rasch erfolgt.

Aber nicht nur bei dieser eigenthümlichen Form von nässendem Ausschlage des Kopfes, auch bei den zweifellosen chronischen Ekzemen des Capillitismus perhorrescire ich zu beträchtliche Maceration mittelst aufgegossenen Oeles, sei dies um Oliven- oder Mandelöl allein, oder mit differenten Zusätzen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass diese Maceration vielfach ungünstig auf den Verlauf der Ekzeme wird, wenn sie nicht sofort wieder bei Seite gesetzt wird, sobald die Borken und Krusten erweicht sind, wegen deren man eben die Oelbegiessung vorgenommen hat. Sind diese Borkenansamm-

lungen nicht sehr mächtig, so dass sie ein Hinderniss für die Einwirkung des aufzutragenden Medikamentes wären, so finde ich eine derartige ölige Maceration überhaupt überflüssig, man kann gleich daran gehen, das wünschenswerthe Medikament anzuwenden und wird die Abhebung der Borken für die nächsten Tage erwarten können, ohne dass durch die Einwirkung der Oelapplikation ein neuer Reiz gesetzt worden ist. Bei kurzgeschnittenem Haar mag man gleich mit Resorcin-Dunstumschlägen beginnen, und so die Maceration mit der Medication verbinden. Bei langem Haare ist das unthunlich, da die in den Kompressen oder Wattelagen befindliche Flüssigkeit nicht bis zum Haarboden durchdringt, man wird da gleich jenes Medikament in Verwendung ziehen, welches nach Sistiren der Resorcin-Dunstumschläge am Besten applicirt wird, das Ichthyol. Während im erst erwähnten Falle entweder pures Ichthyol oder solches in starker Koncentration mit Wasser gemengt einfach aufgestrichen wird, lässt man es bei Vorhandensein von Borken, und der Unmöglichkeit die Haare zu schneiden, mit Lanolin zu 10 bis 50prozentiger Salbe vermengen und trägt diese mittelst Borstenpinsels so auf, dass gleichzeitig ein Verreiben mit den Borken erfolge, wodurch diese gelockert und mechanisch entfernt werden können. Es hiesse den Leser ermüden, wollte ich für die Bestätigung dieser durch Unna inaugurirten Ichthyoltherapie Daten aus der Literatur anführen, da alle in der günstigen Beurtheilung der Wirkung dieses Mittels auf die chronischen Ekzeme der behaarten Kopfhaut übereinstimmen.

Trägt man Ichthyol pur, oder in starker Lösung auf, so schwindet an nässenden Stellen bald der früher lästig gewesene Schmerz, schon nach ungefähr zehn Minuten wird der Patient an sein Leiden kaum mehr gemahnt. Auch das Nässen hört bald, schon nach wenigen Tagen auf, und wenn man das entstandene Ichthyolhäutchen mit Vorsicht abzieht, findet sich gewöhnlich schon eine rosige, mit Epidermis überzogene, geschlossene, glatte Hautoberfläche vor, und gar oft sieht man, dass alte Ekzeme, bei denen früher eine mehr macerirende Behandlung fruchtlos geübt worden war, im Verlaufe von 1—2 Wochen heilen. Auch in den vorher supponirten Fällen der zweiten Gruppe lässt sich das Ichthyol pur oder in wässeriger Lösung anwenden, nachdem die Ichthyol-Lanolinsalbe die Borken erweicht und entfernt hat. Man muss sich nur immer die nöthige Mühe nehmen, den Concentrationsgrad für jeden einzelnen Fall zu eruiren. Im Allgemeinen wird man mit schwächeren Lösungen beginnen und nach und nach zu stärkeren übergehen, bis man endlich das reine, unverdünnte Präparat applicirt. Aber auch dabei sind mannigfache Verschiedenheiten in der Toleranz des Mittels zu er-

warten, und es daher nothwendig, die Fälle genau zu beobachten, um möglichst rasch die richtigen Verhältnisse zu erschliessen.

Im Gegensatze zur hervorragenden Wirkung des Ichthyoles, steht die bei weitem geringere Heilkraft des Thioles. Max Lange hat vergleichende Studien diesbezüglich (Monatschr. f. pr. Derm. 1889, pag. 3) veröffentlicht und meldet speziell von einem Falle, in welchem die Ichthyolwirkung so eklatant war, dass dagegen die Thiolheilung die denkbar langsamste und schlechteste war. Mit Thiol bestrichene Ekzemstellen an der Kopfhaut bekommen nach wenigen Tagen ein wunderliches Aussehen; mit der Lupe erkennt man die blassen Granulationen, zwischen denen das schwarze Thiol liegt, nirgends ist ein Häutchen zu entfernen. Trotz mehrtägigen Auftragens von purem Thiol in dicker Schichte, findet sich noch zäher, abwischbarer, schwarz gefärbter Eiter vor. Lange sah sich genöthigt, die Thiolbehandlung zu unterbrechen, worauf er mit Ichthyol die gewohnten, oben besprochenen günstigen Resultate erzielte.

Ich gelange nun zu jener Form des Kopf-Ekzems, bei der eine auffällige Mitbetheiligung des Drüsenapparates der Haut statthat, so dass das Bild ein durch die Erscheinungen des Ekzems und der Seborrhoe kombinirtes ist. Die ältere Bezeichnung: Ekzema cum Seborrhoea hat Unna in Ekzema seborrhoicum umgewandelt, und sieht auf Grund von Pilzbefunden in den Krankheitsprodukten das Leiden als ein parasitäres an. Wie er aber selbst zugibt, war es ihm weder auf dem Wege der Untersuchung, noch auf dem des Experimentes (Ueberimpfung) bisher möglich, den eigentlichen pathoforen Sitz unter den mehr als 50 verschiedenen, gefundenen Vegetationsgebilden zu entdecken.

Für die ausschliesslich praktischen Zwecke, die ich hier verfolge, ist die genaue Kenntniss des oder vielleicht der wirklich pathoforen Organismen von untergeordnetem Werth. Wichtig ist die Thatsache der Pilzbefunde, so dass das seborrhoische Ekzem wohl mit Sicherheit als ein parasitäres, mykotisches anzusehen sei, da die dagegen einzuleitende Therapie mit diesen Befunden in engere Bahnen geleitet wird. Es handelt sich hier also noch die klinischen Charaktere zu präcisiren, um rasch und entschieden das seborrhoische von dem gewöhnlichen Ekzem der Kopfhaut zu differenziren.

Der diagnostische Hauptunterschied zwischen beiden Formen liegt wohl darin, dass beim Ekzema seborrhoicum entweder gar kein Nässen, oder ein solches in sehr untergeordnetem Grade auftritt. Während des möglicherweise jahrelangen Verlaufes bleibt es meist ganz trocken, so dass sich auch keineswegs dicke Borken in kurzer Zeit entwickeln. Erst wenn ein seborrhoisches Ekzem sehr alt geworden, und die Seborrhoe hohe Grade erreicht hat, findet sich auch

eine mächtigere Auflagerung von Krusten vor. Diese letzteren, seien sie nun in dünner oder dicker Schichte vorhanden, lassen sich sowohl durch den Gesichtssinn, als das Tastgefühl leicht erkennen. Die Oberfläche einer Kopfhaut mit seborrhagischem Ekzem entbehrt der intensiven, hellen Röthe; sie ist wie mit einer schmutzig graugelblichen Schicht überzogen, welche eine gewisse livide Basis durchscheinen zu lassen vermag. Je älter, je intensiver der Prozess nun ist, desto mehr steigern sich die Symptome, bis es endlich dazu kommt, dass den Haaren entlang sich Fortsätze dieser schmierigen Auflagerung in die Höhe ziehen, die Haare zu kleinen Büscheln vereinigend. Zerreibt man diese aufgelagerten Gebilde zwischen den Fingern, so hat man ein ähnliches Gefühl, als ob man Federweiss, Venetianertalg oder Speckstein zerriebe, und an den Fingerbeeren kann man sogar noch nachträglich kleine, zarte, krystallähnlich glänzende Blättchen kleben sehen. In manchen Fällen prävaliren die Ekzemerscheinungen, so dass der Sebumschwarte mehr Exsudatflüssigkeit beigemengt, und sie dadurch fester anhaftend, weniger brüchig und schwerer zerreisslich wird. Ja durch das gleichzeitige Jucken und das konsekutive Kratzen werden Gefässzerreissungen und Eintritt von Blut in die Borkenmassen diese braunroth färben, und auch die Konsistenz verändern.

Die Ausbreitung dieses seborrhoischen Ekzems ist im Anfange selten eine die ganze Galea betreffende. Es stellen sich im Gegentheile eine, oder einige wenige runde Stellen ein, die nach und nach grösser werden, konfluiren und auf diese Weise erst im weiteren Verlaufe grosse Flächen oder den ganzen Kopf okkupiren. Dabei ist der Verlauf stets ein eminent chronischer, und mit der Zeit mit Haarverlust verbundener.

Bei der Besprechung der Therapie dieses Uebels werde ich mich an dieser Stelle nur auf die Angabe jenes Verfahrens beschränken, das ich als das wirksamste erprobt habe, da ich sonst bereits Erwähntes wiederholen müsste.

Die erste Bedingung zur Heilung ist die Entfernung der Borken. Prävalirt das Ekzem, so geschieht das mit Vortheil mittelst Maceration, wobei das berücksichtigt werden mag, was ich schon früher über die dazu zu wählenden Mittel schrieb. Ich ziehe auch hier Salbenmaceration der Oelmaceration vor. Auch Resorcin-, Carbol-, Bleiwasser-Dunstumschläge, Kataplasmen etc. wirken da entsprechend. Prävalirt die Seborrhoe, so lasse ich gar nicht maceriren, sondern entferne die fette Kruste mit Chloroform oder Schwefeläther oder einem Gemenge beider. Ein Wattebausch wird mit der Flüssigkeit entsprechend befeuchtet und die Kopfhaut damit tüchtig abgerieben. Das Fett löst sich in den erwähnten

Flüssigkeiten, wird extrahirt und die darin enthalten gewesenen Epidermidalgebilde und andere zellige Elemente fallen als Schuppen auf die Unterlage nieder, von der sie leicht entfernbar sind. Nun kommen energische Waschungen an die Reihe, die in schwereren Fällen mit Spiritus saponis kalini vorgenommen werden sollen, um so rasch als möglich alle krankhaften Auflagerungen zu entfernen.

Die Mittel gegen das Leiden selbst sind: Resorcin, Acidum salicylicum und Schwefel. Jedes derselben übt günstige Wirkung aus, vereint tritt der Effekt am raschesten ein. Um nun mit möglichst wenigen verschiedenen Stoffen hantiren zu müssen, ist es sehr zweckmässig, diese Mittel gleichzeitig mit den Waschungen auf die Haut zu bringen und zu diesem Zwecke eine von Eichhoff zusammengestellte Resorcin-, Salicyl-, Schwefelseife zu verordnen. In leichteren Fällen genügen auch diese Waschungen um Heilung, wenn auch nach längerem Gebrauche, zu erzielen, in schwereren Fällen lasse ich nach den Seifengeistwaschungen und Abschwemmen des Kopfes mit reinem Wasser mein Glycerinum saponatum cum Resorcino, Acido salicylico et Sulfure präcipitato aa 5 Procent mittelst eines Borstenpinsels einreiben und erziele jedesmal ein überraschend schnelles Resultat. Dieses Präparat kann auch tagsüber ohne Beeinträchtigung der Präsentirfähigkeit des Kranken gebraucht werden, da es schon nach 5—10 Minuten eintrocknet und dann eine fast unsichtbare Lage bildet.

Auf diese Weise ist man im Stande bis zur definitiven Heilung zu gelangen, die man zu einer dauernden gestalten kann, wenn der Patient nachträglich noch 1—2mal wöchentlich die entsprechenden Waschungen vornimmt und durch Einreibung von parasiticiden Lösungen den Recidiven vorbeugt. Hiezu verschreibt man ihm 3—5procentige Salicyllösung in Alkohol mit Glycerinzusatz, Sublimatlösung von 1 auf Tausend und dgl. mehr, je nach den Umständen, welche das eine oder das andere Mittel wünschenswerther erscheinen lassen.

### Ekzem des Gesichtes.

Ich übergehe hier die Schilderung der Behandlung der leichteren Formen mit typischem Bild und typischer Verlaufsweise, weil sich die Therapie aus dem oben Gesagten ergibt, und wende mich zu jener Form von Gesichtsekzem, welches trotz scheinbar lege artis durchgeführter Behandlung immer wieder recidivirt, so dass Arzt und Patient zur Verzweiflung gebracht werden. Ein solches Ekzem ist in der Mehrzahl der Fälle ein mykotisches und heilt prompt, wenn eine antimykotische Therapie eingeleitet wird. Würde ein

solches Ekzem nur im Gesichte vorkommen, so wäre dessen Diagnose gewiss äusserst schwierig; es ist aber stets eine Theilerscheinung eines weitausgedehnten mykotischen Ekzemes, und sodann meist mit Leichtigkeit diagnosticirbar. Der Hauptsitz sind dabei die Augenlider und ihre Umgebung, und ich habe mir oft die Frage vorgelegt, warum das so sei und warum gewöhnlich von dort aus die Erkrankung im Gesichte beginne. Ich glaube, dass hier eine direkte Uebertragung der Pilze vom Ellbogenbug auf die Augenlider erfolge, und Jederman, der das Experiment macht, wird finden, dass die beiden Lokalitäten miteinander in innigem Kontakt gebracht werden können, und dass dieser Kontakt sehr oft beim Schlafen hergestellt wird. Sind dabei die Aermel kurz, oder lange Aermel in die Höhe geschlagen, so wird die Uebertragung ermöglicht und durch gleichzeitiges Schwitzen von Seite der beiden Hautstellen nur noch begünstigt.

Neben dem chronischen Fortbestand eines solchen mykotischen Ekzema palpebrarum, kommt es zu akuten Ausbrüchen, besonders im Frühjahr und Sommer, eine Erscheinung, welche in falscher Deutung gerade dazu benützt wird, ein nichtmykotisches Ekzem zu supponiren. Solche akute Ausbrüche, wie an den Lidern, finden sich auch an anderen Körperstellen zur selben Jahreszeit vor, und machen somit die Relation der Erscheinungen zu einander sicher.

Fasst man die geeigneten Fälle unter diesen Gesichtspunkten auf, und leitet man eine zielbewusste antimykotische Therapie ein, so kommt man zum Ziel, und bringt Heilungen zu Stande, welche ehedem oft fruchtlos durch Jahre angestrebt wurden. In leichteren Fällen genügt hier Salicylsäure allein, in schwereren in Verbindung mit ihr auch noch Ichthyol. Zum Beispiel:

Rep. Acidi salicylici . . 5—10
Ichthyoli
Glycerini . . . . aa 10
Spir. Menthae pip.
» Lavandulae . aa 20
» vini rectif. . . 60

Diese Lösung wird mehrmals täglich mittelst eines Pinsels vorsichtig an die Augenlider gebracht, und das Eindringen in den Konjunktivalsack hintangehalten. Man erlebt dabei oft das überraschende Resultat, dass schon nach wenigen Tagen eine auffällige Besserung erzielt wird, während früher alle möglichen Ekzemsalben nichts fruchten wollten.

Solche sehr circumscripte mykotische Plaques pflege ich auch mit einer ätherischen Salicyllösung zu betupfen; der Aether verdunstet sofort und es bleibt eine weisse Salicylschicht zurück, die ihre parasiticide Wirkung äussert. Sollte die Aetzung sehr heftig

gewesen sein, so genügt die Applikation irgend einer blanden Salbe, um die Stelle rasch zum Verheilen zu bringen.

In sehr alten, vernachlässigten Fällen genügt aber die Salicylsäure nicht, da wende ich mein Glycerinum saponatum mit je 5 Procent Resorcin, Acidum salicylicum und Sulfur präcipitatum an, lasse die aufgetragene Seifensalbe mit Watte sofort bedecken, um Abfliessen zu vermeiden, und lasse vor jeder Neubelegung die Stellen mit demselben Stoffe und etwas lauem Wasser gut abwaschen. Hie und da erfolgt durch das Eintrocknen ein Spannen und Rissigwerden der Lidhaut: dem ist leicht abgeholfen, wenn man das Glycerinum saponatum auf Stunden durch einen Borlanolinfleck ersetzt.

Sollte auch dieses Präparat nicht genügen, so ist man genöthigt, zum Pyrogallol überzugehen. Die Verwendung von Chrysarobin ist absolut ausgeschlossen, wegen der heftigen Conjunctivitis, welche seine Application in der Nähe des Auges nach sich zieht. Pyrogallol hingegen wird gut vertragen, bedarf aber doch auch einiger Aufmerksamkeit und Genauigkeit in seiner Anwendung. Trägt man mit Vorsicht eine zehnpercentige Pyrogallolsalbe mittelst Borstenpinsel auf und bedeckt diese wieder mit Watte, so erfolgt gewöhnlich schon nach 24 Stunden eine auffällige Besserung, die bei weiterem Gebrauche täglich deutlicher wird. Es ist aber gerathen, dass der Arzt die Applikation selbst vornehme, und nicht der Willkür das Patienten überlasse, um nicht beabsichtigte Aetzungen zu vermeiden.

Ist ein solches mykotisches Ekzem im Gesichte, speziell an den Augenlidern, endlich ganz beseitigt, so muss noch vor Recidiven geschützt werden, welche leicht eintreten, wenn man die Haut sich selbst überlässt. Nachträglich sollen also noch schwächere Salicyllösungen mit Glycerinzusatz, oder Sublimatlösung von einem auf Tausend Mixt. oleosa zeitweilig angewandt werden.

Das Ekzem des Naseneinganges bedarf besonderer Berücksichtigung. Gemeinhin entstanden in Folge chronischer Choryza ist auf die Heilung dieser besonderes Gewicht zu legen. Sollte sie mit gleichzeitiger Conjunctivitis und Keratitis vergesellschaftet sein, so müssen diese beiden Uebel einer strikten Behandlung unterliegen, um den vermehrten Thränenabfluss durch die Nasengänge zu verringern und so den Reiz zu beheben, der den anhaltenden Schnupfen bedingt. Gegen diesen Schnupfen verwende ich mit grossem Vortheile Irrigationen der Nase. Ein ungefähr einen Liter haltender Irrigator wird mit warmem Wasser gefüllt, dem ein Kaffeelöffel voll folgendem Pulvers zugesetzt wird:

Rp. Acidi salicylici . . 5
Natri salicylici
„ bicarbonici $\overline{aa}$ 20

Nach Lösung des Pulvers wird der ganze Liter Wasser durch den Nasenrachenraum laufen gelassen, womöglich so, dass die Flüssigkeit beim Munde herausläuft. Dieser Vorgang ist deshalb angezeigt, weil gar oft die Quelle des Katarrhes sehr hoch oben sitzt und dieser von dort aus unterhalten wird. Im Anfange sind diese Irrigationen zweimal täglich vorzunehmen, bei fortschreitender Besserung genügt ein einmaliges Durchspülen alle 24 Stunden. Sollte durch den Salicylzusatz eine unangenehme Trockenheit der Nasenschleimhaut entstehen, so soll nach der Nasendouche etwas Mixtura oleosa aufgeschnupft werden.

Ist aber der Katarrh schon sehr alt, hat er zu Verdickung und adenoiden Wucherungen der Mukosa geführt, so genügen diese Irrigationen nicht; es muss zur Zerstörung, am besten mittelst des Lapis infernalis oder der galvanokaustischen Apparate geschritten werden. Erst wenn diese primäre Erkrankung beseitigt ist, kann auf dauernde Heilung der ekzematösen Erscheinungen gerechnet werden. Bei skrophulösen Kindern, welche ja bekanntermaassen sehr oft die Träger solcher ununterbrochener Choryza sind, haben noch die bekannten weiteren therapeutischen Bedingungen erfüllt zu werden, welche zur Behebung der Krase nothwendig sind. Viel Werth lege ich auf Aufenthalt in freier Luft ohne Staubtheilchen, womöglich in Nadelholzwaldungen.

Das Ekzem selbst tritt in zweierlei Formen auf, entweder als pustulöses, eine Sycosis der Vibrissae darstellend, oder als nässendes und erstreckt sich manchmal auch auf die Flügel und den Rücken der Nase, sowie auf die Oberlippe. Die Behandlung entspricht im Allgemeinen den schon erwähnten Bedingungen. Zinksalben und -pasten, Zinksalicylpasten u. dgl. werden genügen, bald Heilung zu erzielen. Die Salben etc. müssen auf Wattebäuschchen gestrichen in die Nasenlöcher eingelegt und möglichst häufig gewechselt werden. Bei der pustulösen Form, die nicht selten durch Entwickelung von Erysipel gefährlich wird, sind die Pusteln mittelst einer Cilienpincette abzukappen, die betreffenden Haare zu extrahiren und dann ist der Salbentampon einzulegen. Lublinski (Deutsche Medizinalzeitung Juli 1885) favorisirt hier besonders folgende Salbe:

Rp. Hydrarg. praecip. allc.
Mag. Bismuthi $\overline{aa}$ . 1
Vaselini . . . . 10

In manchen Fällen muss man aber die Follikel ausätzen, um dauernde Heilung zu erzielen. Ich verwende hier seltener den Lapisstift, als das Ferrum sesquichloratum, das ich mittelst eines Charpie- oder Wattepinsels an der betreffenden Stelle gut

verreibe. In sehr inveterirten Fällen, bei denen es schon zu warzigen Wucherungen gekommen ist, erzielte ich rasche Heilung durch Betupfen mit Salpetersäure; eine Operation, die natürlich mit grosser Vorsicht vorgenommen werden muss. LAILLER empfiehlt (nach Wr. med. Woch. 1887, Nr. 7):

Rp. Ac. acet. glacial. 2 Theile
Glycerini . . . 50 „
Aq. laurocer. . . 200 „

täglich einmal mit weichem Pinsel aufzustreichen. In neuerer Zeit wird dieser Zweck mit einer einperzentigen Sozojodolquecksilbersalbe erzielt, worüber TROPLOWITZ (Inaug.-Dissertation. Würzburg 1890) berichtet.

Die Therapie des

### mykotischen Ekzemes des Stammes und der Extremitäten.

Am häufigsten tritt es wohl in jener Form auf, die ich als Mykosis flexurarum beschrieben habe, welcher Name den Sitz der Krankheit so charakterisirt, dass durch ihn schon auf die Natur des Leidens aufmerksam gemacht wird. Ringförmig um den Hals, an den Achselhöhlen, am Ellbogenbug, in Inguine und den Kniekehlen finden sich dabei, dem Alter der Krankheit entsprechend, intensive Ekzemerscheinungen vor, die von heftigem Jucken begleitet zu sein pflegen. In jüngeren Fällen lässt sich die erkrankte Stelle noch scharfumrandet erkennen, in älteren verwischt sich der scharfe Rand mehr und mehr, da durch das viele Kratzen die Ränder dilacerirt und die Pilze in die Umgebung getragenwerden, wo sie als neue Culturen selbstständig weiterwuchern, und Ausläufer der erst erkrankten Partie darstellen. Es würde mich zu weit führen, wollte ich die differentialdiagnostischen Merkmale bis in's Kleinste erörtern. und muss ich daher auf meine eigenen früheren diesbezüglichen Arbeiten verweisen. Der praktische Arzt, der vielleicht nicht sofort die Diagnose eines mykotischen Ekzemes gemacht haben wird, wird im Verlaufe der Behandlung eine grosse Resistenz des betreffenden Falles gegen antiekzematöse Mittel entdecken, und dieser Umstand soll ihn schon aufmerksam machen auf die Möglichkeit des Vorhandenseins eines mykotischen Ekzemes. Er wird dann einen Versuch machen können mit einen parasiticiden Mittel, und aus dem gewonnenen Resultate noch weiter auf den Charakter der Leiden seines Kranken zu schliessen im Stande sein.

Jedwedes Antimykoticum führt in diesen Fällen zum Ziel, eines früher, ein anderes später, je nach der Intensität des Medikamentes selbst und nach der Applikationsweise, die ein Eindringen in

verschieden tiefe Schichten der Oberhaut gestattet. Hat man ein noch nicht sehr altes mykotisches Ekzem vor sich, so erzielt man mit dem Chrysarobin-Spray ebenso sichere als überraschende Erfolge; Fälle, die schon monatelang allen antiekzematösen Mitteln Widerstand geleistet hatten, werden damit oft in einigen wenigen Tagen geheilt. Zu diesem Zwecke lasse ich ein Gemenge von Chrysarobin und Schwefeläther 10 auf 100 anfertigen, dieses gut durchschütteln, dann sich ruhig absetzen, und benütze nur die braune Lösung, welche in den Sprayapparat*) gegossen wird. Die Zahl der vorzunehmenden Bestäubungen richtet sich nach der Intensität des Uebels selbst, und der Reactionsfähigkeit der Haut des Patienten. Zarte, blasse Individuen bestäube ich nur jeden 2. Tag, solche mit einer braunen Haut täglich, und zwar so lange, bis eine reactive Röthe eingetreten ist, welche sich besonders in der Umgebung der ursprünglich kranken Stelle lebhaft kund thut. Diese artificielle Röthe zu erzeugen, ist absolut nothwendig und scheint mir ein wesentlicher Bestandtheil der guten Wirkung der Mittel zu sein. Bei dem Umstande, dass das Chrysarobin an und für sich nicht verhindert, dass sich auf geeigneten mit ihm versetzten Nahrböden Pilze der mannigfachsten Art zu entwickeln vermögen, worauf ich schon oben, bei Gelegenheit der Besprechung des Linimentum exsiccans aufmerksam gemacht habe, wovon sich daher Jederman überzeugen kann, und was v. Sehlen in einer schönen Arbeit experimentell nachgewiesen hat, — lässt sich seine günstige Wirkung auf mykotische Processe an der Haut vielleicht nur dadurch erklären, dass eben durch die gesetzte oberflächliche Entzündung ein Abheben der Epidermis statthat, womit die eingewanderten Pilze gleichzeitig entfernt, und somit Processe geheilt werden, welche in der Gegenwart eben dieser Pilze ihr ätiologisches Moment hatten.

Manchmal geschieht es, dass die reactive Röthe so bald, und so intensiv auftritt, dass die Ekzemerscheinungen noch nicht schwinden konnten. Es ist dann nöthig, mit dem Spray einige Tage auszusetzen, nur Amylum einzustreuen, um den unangenehmen subjektiven Symptomen möglichst zu begegnen, und erst wenn die künstlich geröthete Haut wieder blass geworden ist, neuerdings mit dem Spray zu beginnen. Eine 2. heftige Reaction tritt selten auf, vielmehr pflegen die Kranken nun das Mittel viel länger und häufiger zu vertragen. Mit diesem Spray allein ist es mir schon in unzähligen Fällen von mykotischem Ekzem gelungen, dauernde Heilung zu erzielen, und ist die Behandlung um so angenehmer, als der Patient dabei seine gewohnte Beschäftigung meist nicht zu unterbrechen

*) Die von mir verbesserten Apparate hält Instrumentenmacher Markoni, Wien, IX. Garnisonsgasse 1 stets vorräthig.

genöthigt ist, da das Mittel sofort trocknet, keinen unangenehmen Geruch verbreitet (der Aetherduft verflüchtigt sich rasch) und nur die Wäsche durch das Medikament gefärbt wird.

Ist das Ekzem nicht nur im papulo-squamösen Stadium, sondern nässt es auch und sind Risse und Exkorationen vorhanden, so eignet sich besser Chrysarobinapplikation mit Leimen oder mit Linimentum exsiccans, wobei etwas Sublimatzusatz (1 auf 1000) nicht vergessen werden soll. Auch dieser Verband kann sehr bequem applicirt werden, wie ich das schon oben beschrieb. Er eignet sich auch noch für jene Fälle, welche nicht im Wohnsitze des Arztes leben, und daher der wohlthätigen Wirkung des Spray's nicht theilhaftig werden können.

Am Intensivsten wirkt das Chrysarobin in Verbindung mit Glycerinum saponatum, und gelangt daher in jenen Formen in Anwendung, welche mit Gewebsverdickung einhergehen. Hier lasse ich auch fleissig, womöglich tägliche Waschungen und Bäder, mit gleichzeitigen Abreibungen mit grüner Seife vornehmen, und dann die Seifensalbe mittelst Borstenpinsels, der früher in etwas Wasser eingetaucht wurde in möglichster Intensität und dicker Lage einstreichen.

Auf einzelne circumscripte Stellen applicire ich ein Collemplastrum Chrysarobin, das mittelst Binde fest an die Unterlage gedrückt wird, und, je nach Bedarf, einem täglichen oder mehrtägigen Wechsel unterliegt.

In seltenen Fällen, schon nachdem zwei oder drei Applikationen von Chrysarobin in der einen oder anderen Form zur Anwendung gelangt sind, oder bei übermässiger Anwendung des Mittels tritt eine förmliche Dermatitis mit heftiger Schwellung und starkem Nässen auf, Erscheinungen, die auch trotz Intensität nichts zu sagen haben, da sie auf geeignete Gegenmittel in wenigen Tagen wieder schwinden und gar oft ein sehr günstiges Heilresultat nach sich ziehen. Resorcin-Umschläge, Lassar'sche Paste u. dgl. rufen rasch eine Besserung des Zustandes wieder hervor.

Wegen der Ungefährlichkeit des Chrysarobins, auch bei Verwendung über grosse Flächen nimmt es bei der Therapie des mykotischen Ekzemes die erste Stelle ein. Kleinere, circumscripte Flecke können mit noch grösserer Sicherheit mit Pyrogallol behandelt werden, entweder in 10procentiger Salbe, oder als Collemplastrum Pyrogalloli. Man muss nur auch hier die bei der Besprechung der Therapie der mykotischen Ekzeme der Augenlider empfohlene Vorsicht walten lassen, da stark entzündetes Gewebe einen willkommenen Angriffspunkt für das Pyrogallol bildet, und dann Aetzungen zu gewärtigen sind, die man nicht beabsichtigte. Für stark infiltrite, alte

mykotische Stellen bildet es aber wohl eines der hervorragendsten Heilmittel. Zum nachträglichen Verband soll aber kein Zink- oder Bleipräparat in Verwendung kommen; am Besten eine schwache Karbol- oder Kreolinlösung.

Von letzterem, dem Kreolin, das ich selbst selten zur Anwendung zog, erwähnt KLAMANN (Archiv f. Derm. u. Syph. 1889, pag. 248), dass es ihm in 2- bis 5procentiger Lösung gute Dienste selbst in schweren Fällen erwies, und dass er es, um die entstandene Rauhigkeit zu beseitigen gegen Ende der Behandlung durch Ichthyolöl (1 auf 100) ersetzte.

Leichtere Fälle lassen sich durch die schon oben gegebene Salicyl-Ichthyol-Lösung heilen, die man noch so zu verstärken vermag, dass man Acidum salicylicum und Ichthyol je 10—20 auf 100 Alkohol mengt. Ebenso günstig wirkt mein Glycerinum saponatum mit Acidum salicylicum und Ichthyol; von geringerem Einfluss auf das Leiden sind aber hier die Resorcin-, Salicyl-, Schwefelpräparate, immerhin aber als Wasch- und Unterstützungsmittel recht verwendbar.

Von BINZ (VIRCHOW's Archiv Bd. 113) und EICHHOFF (Monh, f. prakt. Derm. Ergänzungsheft zu Bd. VIII, 1889) auf die reducirende Wirkung des Hydroxylamin's aufmerksam gemacht, habe ich auch dieses Mittel in Anwendung gezogen und in einigen Fällen dort Heilung erzielt, wo mich alle anderen im Stiche liessen. Das Hydroxylamin theilt nur noch mit dem Pyrogallol die Eigenschaft, zerstörend auf die Blutkörperchen zu wirken, weshalb es nie über grössere Strecken und längere Zeit zur Applikation gelangen darf. Dagegen hat es vor ihm den Vorzug der vollkommenen Farblosigkeit, so dass seiner Verwendung an frei getragenen Stellen nichts im Wege steht. Ich benützte es stets in Verbindung mit Glycerinum saponatum und in einprozentiger Konzentration, aber nur an Stellen, welche Flachhandgrösse nicht überragten.

In jenen seltenen scheinbar vernachlässigten, richtiger nicht diagnosticirten und daher nicht antimykotisch behandelten Fällen von universellem Ekzema mykoticum, bei denen kaum ein Fleckchen gesunder Haut gefunden wird, konnte ich aber doch eines alten Mittels, wenigstens für den Beginn der Behandlung nicht entbehren, da es neben günstiger, wenn auch nicht genügender Wirkung eine Unschädlichkeit besitzt, die die Applikation über die ganze Oberfläche gestattet, das Ung. contra Scabiem. pharm. Austr. Es besteht bekanntermaassen aus je einem Theile Theer, Schwefel und Kreide, und je 2 Theilen grüne Seife und Fett. Bestreicht man den Körper mit dieser Salbe, legt man dann den Patienten zwischen wollene Decken oder hüllt man ihn in wollene Unterkleider, und fahrt man in dieser Weise, das Mittel Früh und Abends einstreichend

durch 4—6 Tage fort, so erzielt man eine Desquamation, mit der ein gut Theil der Pilze abgestossen wird, und wobei gleichzeitig gemeinhin nicht nur keine Reizungserscheinungen eintreten, sondern schon vorhanden gewesene zu schwinden beginnen. Eine dauernde Heilung ist dabei nicht zu erwarten, aber es wird ein status erzielt, in welchem sich stärker wirkende Medikamente gefahrlos nachträglich anwenden lassen, deren Resorption an den ehedem excoriirten Stellen der Organismus nicht ohne Schaden vertragen hätte.

Dass auch in diesen Fällen stets noch nachträglich prophylaktisch Recidiven vorgebeugt werden muss, ist wohl selbstverständlich. Besonders im Frühling, zu Beginn der wärmeren Jahreszeit, wenn die Patienten wieder mehr zu schwitzen beginnen, ist grosse Vorsicht nöthig, und soll man die Kranken stets auf die Möglichkeit eines Recidivs aufmerksam machen und sie zu geeigneten Massregeln verhalten. Eine solche ist, neben den schon mehrfach erwähnten, bei Leuten mit habitueller Hyperidrosis die Verwendung von Salicylstreupulver in Verbindung mit Talcum Venetum und Amylum.

Von einiger Wichtigkeit ist die Kenntniss der Behandlung gewisser

Gewerbeekzeme,

denen in neuerer Zeit Blaschko (Mon. f. prakt. Derm. in Bd. X u. XI) besondere Aufmerksamkeit geschenkt und damit Lücken ausgefüllt hat, die bisher bestanden.

Das grösste Kontingent stellen die Galvaniseure, Gürtler Goldarbeiter, sowie die in der Bijouterie- und Galanteriewaarenfabrikation, in galvanoplastischen Instituten beschäftigten Arbeiter, chirurgische Instrumentenmacher, Typenwäscher in Buchdruckereien u. A. m. Ein subakut oder chronisch verlaufendes Ekzem ergreift die Dorsalfläche der Finger, Hände, das Handgelenk, manchmal die Ellenbeugen, in akuten Fällen selbst die ganze Körperoberfläche, zunächst deren unbedeckte Theile. Zumeist an den 3. Falangen der drei Mittelfinger beginnend oder an den Interdigitalfalten und an der Radialkante des Handgelenks zeigen sich scharf umschriebene Stellen, an denen die Haut aufgesprungen, die Oberhaut verdickt, rauh und brüchig, von punktförmigen und linearen, leicht blutenden Rhagaden durchsetzt. Bald zeigen sich confluirende Flächen von vesikulösem, pustulösem und impetiginösem Ekzem, oft auch gruppirte hochrothe Papeln, meist abschuppend, an Vorder- und Oberarm; selten ein hochgradiges Erythem und eine bösartig verlaufende Dermatitis. Es kommen nämlich beim Galvanisiren neben heisser gesättigter Soda- und Pottaschenlösung, Schwefelsäure, Salpetersäure, Kochsalz, Wiener Kalk und verschiedene organische Säuren, dann Chlornickel, Salmiak in Verwendung.

Therapeutisch ist sehr bald Erfolg zu erzielen, sofern die Arbeiter die Arbeit aussetzen: Borsalbe, Ung. diachyl., Salicylpaste, bei hartnäckigen Fällen 10—20% Salicylseifenpflaster oder Theerzinkpaste

Rp. Ol. Rusci
Amyl. pur . $\overline{aa}$ 5·0
Ung. Zinci . 20·0

Prophylaktisch sind Gummihandschuhe ein striktes Erforderniss und nach beendeter Arbeit das Einfetten der Hände und Arme zu empfehlen; günstig hat sich auch der Zinkleim gezeigt.

Das Ekzem der Möbelpolierer, welche sofort an den dunkelbraun gefärbten Fingernägeln zu erkennen sind, erstreckt sich in der Regel auf die Interdigitalfalten des Finger- und Handrückens, manchmal auch auf die Vorderarme. Manchmal zeigen sich am Rücken der Hände und Finger einzelne kleine schuppende und leicht zuckende Placques; von Zeit zu Zeit tritt hierzu ein heftig zuckendes, akutes papulöses, oder papulo-vesiculöses Ekzem der Hände, der Unter- und Oberarme, oft auch des Gesichts. Seltener kommt es zu einem nässenden Stadium; in der Regel entwickelt sich aus dem papulösen ein schuppendes, an den Händen und Fingern rhagadenbildendes Ekzem, das bald in 2—3 Wochen abheilt, bald aber sich zu einer Monate überdauernden Erkrankung ausbildet, die an einer Stelle heilt, um an einer anderen wieder aufzutreten und schliesslich sich über den ganzen Körper verbreiten kann, so dass selbst Stellen, die mit dem denaturirten Spiritus gar nicht in Berührung kommen, erkranken. Die Therapie ist die gewöhnliche Ekzem-Therapie; sehr gute Dienste hat Blaschko vielfach folgende Einreibung geleistet:

Bals. peruv 10 — Pasta salicyl. 40

Bei sehr trockenen Formen zieht er Ung. diachyl. c. Vaselini parat. vor, in späteren Erkrankungsstadien Theerseife, Theerzinkpasten, oder Ol. rusci in Benzol gelöst zu Einreibungen. Die Ursache des Ekzems der Möbelpolierer glaubt Blaschko allein in dem Pyridin des denaturirten Spiritus zu sehen.

Hautkrankheiten typischer Art, in Folge der Beschäftigung zeigen nicht selten die Arbeiter in Petroleum-Raffinerien. Erytheme, Ekzeme, Blasen- und Geschwürsbildungen charakterisiren sie, je nach der Art des Verfahrens und Qualität des Petroleums. Die Arbeiter in Paraffin-Fabriken zeigen hingegen neben Magen- und Darmerscheinungen furunkulöse Ausschläge der Haut, die bei anderer Beschäftigung oder alkalischen Umschlägen schwinden

Zementarbeiter haben oft Dermatitis (Blasen, Geschwüre, ja Abstossung von Hautstücken). Besonders betroffen ist die Aussenseite der Hand und des Vorderarmes, die palma manus ist verschont.

Als besonders empfehlenswerth erscheine der Resorcin-Dunstverband bei den ekzematösen Gewerbe-Erkrankungen der Extremitäten, worüber Dreckmann (Mon. für prakt. Derm., Bd. X, Nr. 9, pag. 389) ausführlich handelt. Die Berechtigung zu dieser Empfehlung stützt sich einerseits auf den äusserlichen Umstand, dass die Anlage des Verbandes an diesen Körpertheilen bequem und sicher mit derjenigen Vollkommenheit geschehen kann, welche zur Erzielung eines bestmöglichen Effektes erforderlich ist, anderseits aber auf die Erwägung, dass die Hornschicht der Haut der Extremitäten, nach den distalen Enden zu, immer dicker und also auch undurchdringlicher für jedwede Arzneistoffe wird, als die des übrigen Körpers; in Folge dieses Umstandes zeigt nun die Haut der Extremitäten im Vergleich zu den übrigen, eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedensten äusseren Einwirkungen, speciell eine geringere Reaktionsfähigkeit gegen Einwirkung medikamentöser Stoffe, wie man ja z. B. so häufig die Beobachtung macht, dass die ekzematösen und erythematösen Reizerscheinungen auf die ganze Körperoberfläche applizierter Chrysarobinsalben sich an den Extremitäten verhältnissmässig viel später einzustellen pflegen, als am Rumpf. Beabsichtigt man also, was häufig vorkommt, an diesen Körpertheilen eine andauernde und tiefgehende Einwirkung des Resorcins, so ist die Verbindung dieses mit dem Okklusivverband, ein geeignetes Mittel, diesen Zweck zu erreichen; wenn man nun auch, wie ebenfalls meine Erfahrungen mir gezeigt haben, bei den meisten Fällen chronischen Ekzems an den Extremitäten in dem Resorcin-Dunstverband nicht etwa ein Radikal- und Universalmittel, aber doch ein entschieden werthvolles Heilmittel hat, das mit anderen Arzneimitteln abwechselnd zweckmässig verwendet wird, so wird man doch auch Fälle antreffen, bei welchen man damit ganz allein zum Ziele kommt, nachdem man die Erfolglosigkeit anderer Behandlungsmethoden lange genug hat beobachten müssen.

Für einzelne Finger, oder für mehrere benachbarte Finger, oder für eine ganze Hand, benützt man einen kleineren oder grösseren Sack aus Wachsleinwand, dessen offenes Ende mittelst einer Schnur zusammengezogen werden kann.

Zur Aufnahme des anzuwendenden Flüssigkeit nimmt man weiche Mullbinden, mit denen man die einzelnen erkrankten Glieder in mehreren Lagen umwickelt.

Für ganze Extremitäten lässt man ganze Aermel oder Hosenbeine aus impermeablem Stoff nach Maass anfertigen, die dann sowohl an ihrem proximalen als distalen Ende durch anzubringende Schnüre eng um das betreffende Glied zusammenziehbar sein müssen.

Das Collempl. zinci oxydati (40%) wurde sehr häufig gleichzeitig mit Einpinselungen von ol. cadinum bei Ekzema squamos. der Finger und Zehen mit sehr gutem Erfolge angewendet. Nach energischer Einreibung des Theeröls mittelst Borstenpinsels in sehr dünner Schichte auf hyperämische, schuppende und stark juckende Hautstellen werden schmale Streifen (bei Fingern und Zehen) des genannten Pflasters umwickelt. Durch diese Manipulation sistiren die unangenehmen subjektiven Empfindungen und ist der Patient in der glücklichen Lage ohne accessorischen Verband und ohne mehrere Tage hindurch die Behandlung wiederholen zu müssen, seiner Arbeit nachzugehen.

Collempl. plumbic. 50% wurde häufiger bei inveterirtem Ekzema artificiale (Wäscherinnen etc.) der Hände, statt der stets mit ausgezeichneten Erfolge gebrauchten Lassar'schen Salicylzinkpasten nur dann angewendet, wenn der Kranke auf den Hand-Erwerb nicht verzichten konnte.

In diesem Falle wurde der Verband täglich morgens vor der Arbeit gewechselt, nachdem vorher die Hände gereinigt wurden, über das mit Freilassung der Gelenke applicirte Pflaster wurde das Tragen von waschledernen Handschuhen während der Arbeit empfohlen. Abends werden dann auch die freigelassenen Stellen bedeckt.

Ich gelange nur zur Besprechung der Therapie der

Ekzeme der unteren Extremitäten

und im Anschlusse daran zur Behandlung der

Stauungsdermatosen des Unterschenkels.

Die Zahl der dagegen angegebenen Medikamente und Verfahrungsweisen ist eine sehr beträchtliche. Sowohl gegen die Varicositäten der Venen, die den Ausgangspunkt bilden der mannigfachen Symptome, die zur Behandlung gelangen, als auch gegen diese Folgezustände werden viele neue Mittel angerühmt Verfolgen wir den einzuschlagenden Weg, so werden wir immer vor allem damit beginnen müssen, die primären Stauungserscheinungen zu haben. Hohe Lagerung der Extremität, und wo dies nicht thunlich ist, Einwickelung mit mässig komprimirenden Binden sind die ersten Maassnahmen zur Erreichung unseres Zweckes. Bei horizontaler Lage kommt nun die Applikation von Umschlägen, welche die vorhandene Hyperämie zu beseitigen und das gleichzeitige Jucken zu beheben haben. Von den neueren Medikamenten hat auch hier das Resorcin sicher die meiste Wirkung. In 1—2procentiger wässeriger Lösung applicirt, mit Guttaperchapapier bedeckt und leicht befestigt, wirkt es in jeder Hinsicht vortrefflich. Nicht nur leichtere Röthen, sondern auch erysipelartige Dermatitis

pflegt darunter rasch zu schwinden, und auch das Jucken aufzuhören. Ich möchte daher diese Therapie für alle einschlägigen Fälle und dort, wo es möglich ist, den Patienten liegend zu behandeln, als erstzuwählende empfehlen, da nicht nur ein vorhandenes Ekzem sondern auch alle anderen entzündlichen Processe sich oft in wenigen Tagen sosehr bessern, dass bald nachher zu Theerapplikationen geschritten werden kann. Selbst ziemlich tiefe und grosse Exkoriationen heilen darunter sehr rasch, und auch die durch Lymphgefässerkrankungen, auf die Gérard (Thése de Paris 1887) mit Recht so viel Gewicht legt, und deren häufig dominirenden Einfluss zur Erzeugung von Unterschenkelgeschwüren er hervorhebt, bedingten Symptome lassen sich durch Resorcinumschläge meist schon innerhalb weniger Tage beheben.

Um nun die durch Phlebektasien möglicherweise zu Stande kommenden Veränderungen sicher hintanzuhalten, war das Streben dahingerichtet, die erweiterten Venen zu veröden, oder zu entfernen. Unter den neueren Mitteln, dies bei innerlicher Gabe zu erzielen, ist die Hamamelis virginica zu erwähnen. Bianchi (nach Ref. i. d. Deutsch. Med. Ztg. v. 23. Februar 1886) hat sie als Tonicum, Adstringens und Haemostaticum bewährt gefunden. Seine Wirkung verdankt das Mittel zum grössten Theil dem starken Gehalt an Acidum tannicum und Acidum gallicum (20%). Ein besonderes Alkaoid ist nicht aufgefunden worden. Dem entsprechend übt es guten Einfluss aus bei Varicen, varikösen Geschwüren und Hämorrhoidalblutungen. Bianchi gibt folgende Dosirung an: In Pillen höchsten 0·5 pro dosi, 2mal 2 Pillen vor den Mahlzeiten, also pro die bis 2 Gramm. In Tinktur 3—4mal täglich 2 Tropfen, und das alkoholische Extrakt in Pillen à 0·05, täglich 4 Pillen. Unna gibt von dem Extractum fluidum concentratum Hamamelis virginicae alle 2 Stunden 20 Tropfen. Letzterer lässt die erweiterten Venen auch noch mit einer Salbe aus 5 Gramm desselben Extraktes auf 45 Gramm Axungia einreiben.

Unna empfiehlt auch das Ichthyol nach der Formel:

Rp. Natri sulfoichthyolici . . . . 5
Pulv. et extr. rad. Altheae quant.
suff. ut fiant pill Nr. 50
S. 6—10 Pillen täglich.

Weinlechner (allg. Wr. Med. Ztg. 1884. Nr. 15 und ff) empfiehlt die Injektion von verdünntem Liquor Ferri sesquichlorati (1 auf 2·5 Wasser), 3—4 Tropfen im jeden Einstichspunkt, cirka 9 Injektionen per Sitzung. Vorher werden die Venen durch Kompression nach Möglichkeit ausgedehnt.

Stevenson berichtet (Lacet 23. Oktober 1886) über Cheynes Empfehlung, reine Karbolsäure zu injiciren, um die Obliteration variköser Venen zu erzielen. Um die Venen zu füllen, muss der Patient einige Minuten vor der Operation aufrecht stehen, sodann wird ein Esmarch'scher Schlauch fest um den Schenkel befestigt, die Haut über der Vene mit dem Finger gespannt, um sie zu fixiren, dann wird die Spritze mit der Carbolsäure in der Längsrichtung des Gefässes vorgestossen. Es wird nur wenig injicirt, die Stelle sofort mit Lint und Kollodium bedeckt, und in der Entfernung von 3 cm. der Vorgang wiederholt. Nach einer Viertelstunde wird die Bandage langsam gelöst, jedoch muss der Patient wenigstens eine Woche lang horizontale Lage einhalten. Der Schmerz wird als gering geschildert gelegentlich sollen sich aber doch Abscesse entwickeln.

Ausgehend von dem Gesichtspunkte, dass es gilt ein Verfahren zu finden, welches die Varices veröden lässt, hat Mayerhoff in Berlin (Deutsche med. Woch. 1881, Nr. 8) die schon von Vogt in Greifswald vorgeschlagenen subkutanen Injektionen von Secale cornutum versucht und namentlich bei varikösen Unterschenkelgeschwüren, selbst in den hartnäckigsten Fällen, die besten und bleibendsten Resultate erzielt. Die Behandlung bestand in dem Verbande des Geschwüres mit einer 2% Carbollösung. In die Umgebung des Geschwüres, zwischen dem dichtesten Venen-Netze wurde jeden zweiten bis dritten Tag eine subkutane Injektion von Extr. secalis cornuti (0 1 pro dosi) gemacht und nach der Einspritzung eine Einwickelung der Extremität mittelst einer Flanellbinde vorgenommen. Am Tage der Einspritzung liess er in den meisten Fällen die Kranken ruhen. Die grösste Anzahl der Injektionen die gemacht worden sind, beläuft sich auf 8. Um auf die Verödung der varikösen Gefässe zu wirken, wurden gewöhnlich noch nach der Heilung 2—3 Injektionen gemacht. Der Verfasser muss bekennen, dass die Behandlung allerdings nicht ohne Schmerz ist, derselbe währte nach der Einspritzung 2—8 Stunden. Abscedirungen oder andere üble Zufälle sind nicht vorgekommen.

Diese Verfahrungsweisen involviren gewisse, nicht wegzuleugnende Gefahren, die einerseits in dem Wegspülen entstandener Coagula zu suchen sind, andererseits aber auch in dem Umstande, dass der Erfolg wie bei allen chemischen Eingriffen nicht ausschliesslich in der Hand des Arztes liegt, und leicht unbeabsichtigte schwerere Entzündungserscheinungen hervorgerufen werden können.

Diesen Unternehmungen gegenüber scheint bei Beherrschung der Antiseptik die Schede'sche Operation zweckmässiger, besonders seit Madelung (13. Congress d. deutsch. Ges. f. Chir.) statt einfacher Verödung der Venen, fusslange Venenstücke durch Längs-

schnitte und Abpräparirung herausschält, die anastomosirenden Aeste unterbindet, und die Operationswunde mit bestem Erfolge drainirt, eine Operation die v. LANGENBECK's, SCHEDE's und STARKE's Beifall fand. FRY's Operationsmethode (Brit. med. Journ. 5. September 1885) weicht nur wenig ab und besteht auch in der Excision der der varikosirten Venen, die er durch zolllange Incisionen in die Haut entfernt. Er macht vor der Operation das Bein blutleer und überstreicht die Venen vorher mit Tinte, um sie nachher noch erkennbar zu machen. Der streng antiseptische Verband muss noch vor Abnahme der ESMARCH'schen Binde angelegt werden.

Ist aber der Kranke genöthigt, seine Behandlung ambulatorisch durchzumachen, so muss die erkrankte Extremität einen Stütz- und Kompressionsverband erhalten, unter welchem die geeigneten Mittel zur Anwendung kommen. Neben der alten, sehr zweckmässigen, weil unnachgiebigen Heftpflasterspica sind die neueren Gummibinden von MARTIN zu erwähnen. Ist ihre Wirkung als Verbandmittel auch unanfechtbar, so besitzen sie den grossen Nachtheil der Impermeabilität der Materia perspiratoria, wodurch übermässige Maceration mit ihren unangenehmen Folgeerscheinungen nicht verhindert werden können. Gummistrümpfe sind meist unzweckmässig. Abgesehen davon, dass sie gewöhnlich nicht gut passen, wirkt die Menge der Maschen schlecht. In die Hohlräume wird die ödematöse Haut hineingepresst, so dass bald lauter warzenartige Vorsprünge hervorragen. Durch die Kompression der einzelnen Maschen wird dort die Circulationsstörung noch erhöht, so dass es leicht zu Abschnürung oder wenigstens oberflächlichen Zerfall der Prominen kommen kann.

UNNA hat (Deutsche Medicinalzeitung 1884, Nr. 39) eine Methode angegeben, welche sich als äusserst praktisch zur poliklinischen Behandlung erweist. Nach gründlicher Abwaschung der Extremität wird dieselbe, bis auf die allenfalls vorhandenen Geschwüre, dick mit erwärmtem Zinkleim angepinselt. Das Geschwür selbst wird mit Jodoform und Watte bedeckt, sodann wird eine zweiköpfige feuchte Mullbinde auf folgende Weise angelegt. Der Arzt fasst mit beiden Händen die beiden Köpfe der Binde, so dass die verbindende Brücke hinten an dem Unterschenkel zu liegen kommt, wo sie sofort anklebt. Die beiden Köpfe werden dann nach vorne geführt, gekreuzt, während die aneinander vorüberstreichenden Hände die beiden Bindenköpfe immer unter sich auswechseln und sie fest anziehen. Hierauf wird eine zweite feuchte Mullbinde über die erste angelegt, die den Zweck hat, dünn bedeckte Stellen der ersten Bindenlage auszufüllen. Nach kurzer Zeit ist der Verband vollständig erhärtet und bleibt 2—4

Tage liegen. Je fester der Verband angelegt wird, desto grösser ist der Erfolg desselben beim Abnehmen.

Zu den erwähnten Waschungen eignet sich Eichhoff's überfette Jodoformseife in hohem Maasse (Mon. f. prakt. Derm. Erghft. I. 1889). Sie enthält 95% Grundseife und 5% Jodoform und ist nicht nur ein zweckmässiges Reinigungsmittel, sondern regt auch schlaffe Geschwüre zur Granulationsbildung an.

Durch die günstigen Resultate angeregt, habe ich mein Glycerinum saponatum gleichfalls mit Jodoform mengen lassen, und Heilversuche damit angestellt, welche so günstig ausfielen, dass ich gegenwärtig nur mehr diese meine Präparate verwende, wenn ich Jodoformwirkung erzielen will. Vorräthig sind jetzt 5, 10, 20 und 50prozentige Zusammensetzungen, welche meinen Erfordernissen bisher stets genügt haben. Je nach der Intensität des Jodoformeinflusses, dem ich die Wunde ausgesetzt wissen will, je nach der Ausdehnung der Wundfläche, je nach dem Alter und der Konstitution des Patienten wähle ich die mir geeignet scheinende Concentration. Die Applikation ist ebenso einfach als bequem. Mittelst einer Spatel oder eines Messers wird ein adäquates Stück des Präparates aus dem Tiegel gehoben, auf die Wunde gelegt, etwas Watte und ein impermeabler Stoff darauf gethan und die Extremität in geeignet scheinender Weise verbunden. Die Masse erweicht sich vollkommen in der Körperwärme, das flüssiggewordene Jodoform-Glycerinumsaponatum dringt in alle noch feinen Vertiefungen ein, und übt dort seine günstige Wirkung.

In dieser sehr feinen Verschlemmung verliert das Jodoform auch von seinen hautreizenden Eigenschaften, ohne dabei an Wirksamkeit etwas einzubüssen. Schon nach wenigen Tagen werden die oft schmutzigen und mit Belag bedeckten Wundflächen frisch und üppig granulirend und heilen bei fortgesetzter Anregung durch das Jodoform-Seifengemenge meist sehr schnell.

Die mittelst Torfmullverbandes erzielten, und in mancher Hinsicht überraschenden Erfolge, über welche Neuber (Mitth. f. d. Verein Schlesw.-Holst. Aerzte, 15. März 1882) berichtete, sind zum grössten Theile auf das ausserordentlich grosse Absorptionsvermögen des Torfmulles für Flüssigkeiten zurückzuführen. Dieses Mittel eignet sich daher vorwiegend bei stark secernirenden Hautaffektionen, bei nässenden Ekzemen, beim Pemphigus, überhaupt bei blasigen Eruptionen, bei Phlegmonen, grösseren Abcessen, bei Fussgeschwüren etc. Die Applikation geschieht entweder durch Aufbinden des feinstgeriebenen Rohmateriales auf die nackte Haut der kranken Stellen, oder in Form von Torfpolstern (Torf in Calicot eingenäht), oder als Torfpflaster (Torf mittelst Kautschuk auf feste

Zeuge geheftet), oder endlich als trockene Torfvollbäder. Die Abschwellung und Eintrocknung der entzündeten Flächen geht rascher vor sich, als bei Anwendung anderer Streupulver, schmerzt nicht und kann interkurrirend mit anderen Behandlungsweisen verbunden werden. Unbequem ist einzig und allein manchmal die Applikationsweise. Wichtig ist, den Torf vor dem Gebrauche gut zu trocknen.

Zur Reinigung der speckig belegten Wunden und Beförderung der Granulationsbildung empfiehlt HAIDENHAIN in Cöslin (nach Ref. in Wr. Med. Bl. 1886, Nr. 34) VOLKMANN's einfachen trockenen Watteverband. Neben diesem gelangen noch eine Reihe von Trockenverbänden zu Ruf. So lobt TRUCKENBROD (ärztl. Intellbl. 30. Jänner 83) das zuerst von BALME empfohlene Wismuthnitrat. Es wirkt zunächst mechanisch austrocknend, chemisch und schmerzstillend. Das Pulver wird alle 24 Stunden aufgestreut, mit Watte und Binde bedeckt. Weiterer Vortheil ist die Billigkeit.

REYNOLDS (Philadelphia) (nach Zeitschr. f. Therapie 1887, pag. 96) preist das Wismuthsubjodid an. Er erhielt mit demselben so vorzügliche Resultate, dass er dieselben nach vielfachen Experimenten der Oeffentlichkeit zur ferneren Prüfung übergibt.

Seine ausführlichen Mittheilungen lassen sich in Folgendem kurz zusammenfassen:

1. setzt das Mittel den entzündlichen Prozess herab;
2. leitet es einen neoplastischen Prozess ein und bildet embyronisches Gewebe;
3. ist es ein aseptisches Mittel;
4. verhindert es die Eiterbildung:
5. setzt es die Reizbarkeit der Wunden herab;
6. ist es so mild in seiner Wirkung, dass es auf jeder Wundfläche angewendet werden kann.

Bei noch so lange bestandenen vernachlässigten Beingeschwüren verschiedenartigen Charakters hat Verfasser in kurzer Zeit überall Heilung erlangt, wo die Kranken monatelang unter anderer Behandlungsweise ungeheilt geblieben waren. Er lässt zuerst die Wunden mit essigsaurer Thonerde reinigen, schüttet dann das Wismuthsubjodidpulver auf die wunden Flächen, legt Watta auf und wickelt Heftpflasterstreifen um die kranken Glieder. Nach einigen Tagen wird der Verband erneuert, und es tritt nach kurzer Zeit Heilung ein, so dass die Kurkosten viel geringer und der Aufenthalt der Kranken in den Hospitälern — bisher die Crux medicorum — ein bedeutend kürzerer wird.

DELHONGUE (Bonn 1884) lobt das an DOUTRELEPONT's Klinik angewandte Naphthalin als antiseptisches Verbandmittel bei chronischen Fussgeschwüren, auf denen es üppige, gesunde Granulationen erzeugt und rasche Heilung herbeiführt.

Bostl (n. Ref. in Wr. med Bl. 1886, Nr. 34) benützt zur Entwicklung von Granulationen, durch welche tiefe Geschwulste ausgefüllt werden sollen, Antipyrinpulver, das auch hämostatisch wirkt, und lässt täglich oder 2—3tägig Verband wechseln. Nachher gewöhnlicher Verband.

Schwimmer (Wr. med. Woch. 1889, Nr. 4) machte Versuche mit Salolpulver, gemengt mit Amylum im Verhältnisse von 1 : 2. Er bedeckte die bestreute Wunde mit Billrothbatist und verordnete Bettruhe. Er scheint keine besonders günstige Resultate erzielt zu haben, da er sich folgendermassen äussert: «In einer Anzahl von Fällen zeigte sich von den Rändern her Neigung zur Vernarbung, die zentrale Geschwürspartie blieb aber in dem Heilungsprozesse zurück. Ohne die Eiterung zu inhibiren, veranlasste das Salol dennoch in den meisten Fällen frische Granulationsbildung; eine totale Ueberhäutung gelang aber sehr schwer, so dass mitunter nach alleiniger Anwendung dieses Mittels durch mehrere Wochen dessen Gebrauch unterbrochen werden musste.» In Salbenform mit Ung. Glycerini oder Vaselin fand es Schwimmer noch weniger geeignet. In der Privatpraxis dürfte es manchmal dem Jodoform vorgezogen werden, da es dessen penetranten Geruch nicht besitzt, vielmehr geruchlos ist.

Nitschmann wandte mit Vortheil Sozojodolnatron an (Therap. Mon. 1889, Nr. 1). Er verordnete es in Salbenform zu 10% mit Lanolin und sah Heilung innerhalb weniger Tage, jedenfall. stets viel rascher, als bei vergleichsweise angewandtem Jodoform Ich selbst kann die günstige Wirkung aus mannigfacher Erfahrung bestätigen. Lästig dabei ist nur der Umstand, dass empfindliche Individuen über heftige Schmerzen klagen, die bis zu einer halben Stunde anzuhalten vermögen. Wenigstens hatte das mehrmals bei Anwendung des Pulvers statt; über die Schmerzhaftigkeit nach obiger Salbe mangeln mir Kontrolversuche.

Das von F Spaeth im Zentralblatt für Chirurgie 1888, Nr. 14, angegebene Verfahren richtet hauptsächlich sein Augenmerk darauf, die resultirende Narbe fest und gut vaskularisirt zu machen, in der richtigen Voraussetzung, dass sie dann auch Traumen und Reizen kräftigeren Widerstand entgegensetzen werde. Nach Reinigung der Geschwüre und Abstossen aller anhaftenden nekrotischen Gewebsfetzen wird das Geschwür der Länge nach bis weit in's Gesunde hinein gespalten, zudem werden in Abständen von zirka 2 Centimetern zahlreiche Querschnitte gemacht, die ebenfalls durch die callösen Massen hindurch bis in's normale Gewebe dringen; die Spaltung betrifft nicht allein die Haut, sondern — und dies ist gerade das Wichtigste dabei — auch die darunter liegende Fascie; die durchschnittenen Theile müssen weit auseinander klaffen. Die nun er-

folgende, oft ziemlich profuse Blutung wird durch Tamponade gestillt und über die Wunde ein Jodoformverband applizirt. Beim nächsten Verbandwechsel (nach ungefähr acht Tagen) zeigt das Ganze schon ein sehr verändertes Aussehen: aus den klaffenden Spalträumen wuchern reichlich gesunde Granulationen, die bald Alles bedecken und das Niveau der umgebenden Haut erreichen, von wo aus nun eine energische Epidermisbildung ausgeht. Bei sehr grossen Substanzverlusten muss das Verfahren mit der Transplantation von Hautläppchen kombinirt werden. Als allerwesentlichste Vortheile werden dem angegebenen Verfahren die erzielte Verbesserung der Qualität der Narbe und die Beschränkung der Neigung zum Rezidiviren nachgerühmt.

Dieses Verfahren liesse sich mit dem von D'Ambrosio vorgeschlagenen verbinden der durch Einheilenlassen von Pressschwamm günstige Heilresultate erzielte. Pacinotti berichtet (Riv. veneta di sc. med. Luglio 1888) darüber folgendermassen: Sehr feine Schwämme werden von Kalk- und Kieseltheilen befreit, karbolisirt, gepresst, und mittelst Mikrotom oder Rasirmesser auf 1 Millimeter zerschnitten. Diese Stückchen werden in siedendem Wasser ausgewaschen und im Trockenofen durch Erhitzen aseptisch gemacht. Auf die vorher desinfizirte Wundfläche werden nun 1 Qu.-Cm. grosse Stückchen aufgelegt und trocken verbunden. Der Verband bleibt mehrere Tage liegen und wird unter Belassung der Schwammstückchen, wenn nöthig gewechselt. Die rasch sich entwickelnden Granulationen schliessen die Stückchen ein, welche nach und nach zur Resorption gelangen.

Die mikroskopische Untersuchung von Gewebstheilen, in welche Schwamm eingeheilt war, ergab interessante Befunde. Vorerst zeigte sich zwischen den Trabekeln der Schwämme reichliche Neubildung von Blutgefässen. Sie stiegen vom Geschwürsgrunde auf, waren regelmässig angeordnet, vielfach anastomosirend und stark gefüllt. Sodann entwickelte sich Granulationsgewebe mit Haufen von disseminirten Zellen mit Kerntheilung und vielen Riesenzellen; dieses Gewebe trieb Fortsätze, die in die Schwammtrabekel eindrangen. Die Regeneration der Epidermis ging von der präexistirenden Epidermis des Wundrandes aus. Zur vollständigen Resorption der Schwammtheilchen war meist ein Zeitraum von mehreren Monaten nöthig.

Unter den Vorschlägen zur Erlangung von Materiale zu Transplantationszwecken seien zwei wegen ihrer Originalität erwähnt:

Allen empfiehlt (Lancet 15. Nov. 1883) Froschhaut als vorzügliches Materiale zur Transplantation auf hartnäckige Geschwüre. Er legt Streifen auf den Grund des Geschwüres, und findet, dass das menschliche Epithel proliferirt, wo es mit dem des Frosches in Kontakt kommt. Das letztere wächst nicht selbst, sondern wird vielmehr absorbirt.

Clement Lucas (Lancet 4. Okt. 1884) benutzt die in Kinderspitälern so reichlich vorhandenen Vorhäute von Kindern als Transplantationsmateriale. Er legt die Schnittchen brückenweise über das Geschwür, bedeckt sie mit in Bleiwasser getränktem Lint und einem Stück Guttaperchapapier, welcher Verband 4 bis 5 Tage liegen bleibt. Die Erfolge sollen sehr gute sein. Die Vorhaut, in Guttaperchapapier gewickelt, hält sich gut bis eine Stunde nach der Operation.

Helferich (60. Naturforscher-Vers. in Wiesbaden) empfiehlt die Excision sehr grosser Hautstreifen bei schweren Fällen reiner Elephantiasis ohne Komplikationen nach vorhergehender elastischer Kompression, Anwendung hoher Lage und Massage. Es müssen die Hautstreifen in einer Dicke, entsprechend den Hautfalten, welche sich erheben lassen, excidirt werden. Die Heilung erfolgt unter antiseptischer Behandlung per primam. Die Nachbehandlung muss besonders auf gute Entwickelung der Muskeln durch Elektricität und Tapottement gerichtet sein. Die Massage mittelst Streichens verwirft Helferich, weil sie zu immer neuer Dehnung und Verlängerung der Fasern des Unterhautzellgewebes führt. Die Bindeneinwicklung hat er zu unterlassen nicht gewagt.

Kobert empfiehlt (nach Wr. med. Woch. 1888, Nr 12) bei erweiterten Venen die dreimal tägliche Einreibung des nachfolgenden Mittels:

Rp. Bar chlorat . . 1·50
Solve in aq. dest.,
agita, adde
Lanolini . . . . 15·0
al. amygdalar . . 5·0

R. Blanc (These de Paris 1888) empfiehlt 1% wässerige Lösung von Cuprum sulfuricum. Tarlatankompressen werden darein getaucht, aufgelegt und Verband erst nach 3 Tagen gewechselt. Rasche Heilung und solide Narbenbildung werden als besondere Vortheile hervorgehoben.

Bei einem alten, stark infiltrirten Unterschenkelekzem gelang es Saalfeld (Deutsche med. Woch. 1888, Nr. 46) durch Mentholsalben, die allerdings zuletzt einen ziemlich hohen Mentholgehalt, nämlich 15% hatten, definitive Heilung hervorzurufen, nachdem alle sonst gebräuchlichen Mittel erfolglos in Anwendung gezogen worden waren.

Eichhoff endlich hat auch das Aristol (10) mit Vaselin (90) in Anwendung gezogen. (Mon. f. prakt. Derm. B. X, pag. 87). Er liess den Unterschenkel 3mal täglich nach vorhergegangener Seifenwaschung mit obiger Salbe fest verbinden. Dieselbe wurde aus dem in Olivenöl gelösten Präparate sorgfältig bereitet, auf die kranken Stellen aufgelegt und durch Guttaperchapapier fixirt, und mittelst Binden an die Unterlage gedrückt.

Die interne Therapie des Ekzemes

beschränkt sich bei uns auf die Darreichung einiger weniger Mittel, und auch diese werden nur in der geringsten Zahl von Fällen verordnet. Eisen, Arsen und andere Roborantia geben wir bei Anämie und Chlorose der Ekzemkranken, wenden auch sie und andere symptomatisch angezeigte Medikamente an, um z. B. das den Schlaf störende lästige Jucken zu beheben, aber eine specifische interne Ekzem-Medikation wird nicht geübt. Eine solche ist aber bei vielen Kollegen in England und Amerika, theilweise auch in Frankreich üblich, und eine erkleckliche Menge von Mitteln wird als heilbringend angegeben. Sie alle anzuführen ist so ziemlich unmöglich, und, wie mir dünkt, auch überflüssig, da ich von ihrer Wirksamkeit keineswegs überzeugt bin. Um aber ein Schema dieser Therapie an dieser Stelle vorzubringen, mögen Mc Call Anderson's Verfahrungsweisen (Journ. of cut. and ven. dis. Mai-Aug. 1883 nach Veiel's Ref. in Mon. f. pr. Derm. 1883 Nr. 11), die auf seiner Anschauung vom konstitutionellen Ursprung der meisten Ekzeme fussen, dienend: Bei Verdauungsstörungen hält er Abführmittel für sehr brauchbar, doch warnt er ausdrücklich vor deren Missbrauch, da bei dem dadurch herbeigeführten Schwächezustand wohl das Ekzem schwindet, aber nachher umso stärker wiederkehrt. Die Wahl des Mittels richtet sich dabei nach dem Einzelfalle.

«Wo die Zunge belegt, der Appetit schlecht, die Leber träge und Verstopfung vorhanden ist,» empfiehlt er kleine Dosen von «gray powder» (Hg. 1. Creta 2) mit Rheum, Acid. salicyl oder Chinin; oder schwefelsaure Magnesia mit Eisen.

Im akuten Stadium und bei kräftigen Leuten mit Anschoppung der Leber gibt er Kalomel 0·3 und Skammonium 0·6 pro dosi einmal die Woche. Bei Kindern kleine Dosen Kalomel. Man darf es aber nie zur Quecksilberintoxikation kommen lassen. Sehr angenehm wirke auch ein Brausepulver mit 12—16 g. Magnesia sulfurica.

Diuretica empfiehlt er bei Funktionsstörungen der Nieren, besonders bei Torpidität dieses Organes. Bei den alkalischen Diureticis sieht er den Erfolg nicht nur in ihrer urintreibenden Wirkung, sondern auch darin, dass sie übermässige Säurebildung im System neutralisiren.

Die innerliche Behandlung Mc Call Anderson's ist ferner ganz verschieden, je nachdem sich die Ekzemkranken sonst einer guten Gesundheit erfreuen, oder bleichsüchtig, blutarm, skrophulös und geschwächt sind.

Bei Skrophulösen sind kräftige Nahrung, Reizmittel in mässiger Dosis, Tonica (bes. Phosphor und Eisen) angezeigt. Oft erzielt man Heilung durch Leberthran und Jodeisensyrup. Wenn Leberthran absolut nicht vertragen wird, gibt er Rahm; doch auch dieser wird oft auf die Dauer nicht gut vertragen. — Ist die Sekretion des Ekzemes stark eitrig und ist Furunkelbildung vorhanden, gibt er unterschwefligsaures Natron und Schwefelkalcium.

Bei Blutarmen ist der Gebrauch von Arsenik nach Anderson viel wirksamer als Eisen, dessen Einfluss vielfach überschätzt wird. Nur bei reiner Bleichsucht ist dessen Wirkung vorzüglich und empfiehlt er dann Blaud's Pillen.

Bei anderen, guter Gesundheit sich erfreuenden Leuten, und bei solchen mit schwächeren Konstitutionen in Verbindung mit den früher erwähnten Mitteln verdienen von allen Tonicis Strychnin und Arsenik am meisten Vertrauen.

Den Arsenik gibt er am häufigsten als Solutio Fowleri; es darf aber kein Verdauungsstörung vorhanden sein.

Wenn der Arsenik in merkbarer Weise den Hautreiz (Jucken, Hitze) vermehrt, was er in akuten Fällen sicher thut, so ist das ein Zeichen, dass die Krankheit nicht in dem Stadium ist, wo er Vortheil bringt, er muss ausgesetzt werden. Als Anfangsdosis bei einem Erwachsenen nimmt er 3mal täglich 3—5 Tropfen an, und wenn nach mehreren Wochen keine Besserung eingetreten ist, wird die Dosis erhöht, bis die Krankheit schwindet, oder Uebersättigung von Arsenik eintritt. Er lässt den Arsenik gleich nach den Mahlzeiten einnehmen, bei Leuten mit schwacher Verdauung in einem tonischen Aufguss wie Cascarilla, Gentiana, Kolombo; bei Neigung zu Diarrhöen mit Morphium.

Alkalien sind am meisten zu empfehlen, wenn der Patient an Reizmittel gewöhnt und Säurebildung vorhanden ist, bei Konkrementen im Urin, bei Rheumatismus und Gicht. Er empfiehlt am meisten Ammonium carbonicum in langsam steigender Dosis. Die Bereitung muss frisch sein und ist mit viel Wasser zu verdünnen.

Theer innerlich hat Anderson in einzelnen Fällen, in denen ihn der Arsenik im Stich liess, als letztes Mittel mit deutlichem Erfolge gegeben, bes. bei Ekzema squamosum. Er beginnt mit 2 Tropfen Theer mit rectificirtem Weingeist verdünnt 3mal täglich und steigt bis auf 30—40 Tropfen. Carbolsäure hält er weniger wirksam, als Theer Schwefel nutzlos. Von Viola tricolor hat er keinenErfolg gesehen.

Die Regulirung der Diät hält er für sehr wichtig, bes. bei Leuten, die an Gicht, Rheumatismus und Ernährungsstörungen leiden. Er verordnet dann stets eine leichtverdauliche, selbst Milch-Diät.

Ausser bei anämischen und geschwächten Personen sind Wein und Bier wegzulassen.

Ueber die interne Darreichung des Schwefelcalcium's, das von Ringer dem älteren Arzneischatz entnommen wurde, äussern sich in neuerer Zeit Cane (The Lancet, Febr. 1878), Alexander (Mon. f. pr. Derm. 1882, Nr. 11 u. 12, p. 375) Piffard (Journ. of cut. and ven. Dis. Jan. 1883) und Unna (Mon. f. pr. Derm. 1883, Nr. 4) mit grossem Lobe. Besonders bei akutem oder subakutem impetiginösem Ekzem soll es von guter Wirkung begleitet sein. Die von Unna angegebene Formel lautet:

Rp. Calcii sulfurati puri . . . 0 25
Carbonis animalis . . . . 1·00
Rad. Liquirit. p. . . . . . . 2·00
Extr Gentianae . . . . . q. suff
ut fiat massa dura, ex qua
formentur pillulae No. quinquaginta
Obducentur collodio.

Nach Beiersdorf's technischer Anmerkung sollen die Pillen sofort nach ihrer Fertigstellung in einem über der Lampe erwärmten Mörser ganz trocken laufen und möglichst schnell und wiederholt durch Uebergiessen (6—8mal mit Collodium überzogen werden, bis sie (etwa nach 15 Minuten) beim Schütteln des Mörsers wie Metallkügelchen klirren. 2—3stündlich wird eine Pille verordnet. Für skrophulöse Kinder mit pustulösem Ekzem, die nicht Pillen zu verschlucken vermögen, verwendet Unna folgende Lösung:

Rp. Calcii sulfurati puri . 0·1
Glycerini exsiccati . . 40·0
Liq. ammonii anisati . 1·0
S mehrmals tägl. 25 Tropfen.

Unna's Formel endlich für Schwefelcalcium in Pulvern lautet:

Rp. Calcii sulfurati puri . . 0·05
Carbonis animalis . . . 0·20
Teremdo admisce
Carbonis animalis . . . 1·00
Dio. in doses aeq. Nr. X.

Davon wird 3mal täglich ein Pulver mit etwas Zucker vermischt mit etwas Getränk hinuntergespült.

Grössere Dosen sind zu vermeiden, da sie, wie Alexander's Erfahrungen bestätigen, neuerdings zu Pustelcruptionen zu führen vermögen.

Lewin verordnet, von aprioristischen Gesichtspunkten und von seiner Beobachtung, dass bei den meisten Ekzematösen eine vasomotorische Reizbarkeit vorhandend sei, aus gehend, Ergotin. Er gibt an, mit diesem Mittel Ekzemkranke mit gutem Erfolg behandelt zu haben, die 10, 15 Jahre und länger andere Mittel erfolglos angewandt hatten. Er gibt das Mittel in starker Dosis; $^1/_3$—1 Gramm und sogar noch mehr pro die; bei Kindern verschreibt er 1—2 Gramm auf 100, und lässt davon 3mal tägl. einen Kinderlöffel voll nehmen.

Von ähnlichen Gesichtspunkten ausgehend, und gleichfalls eine vasoconstrtktorische Wirkung zu erzielen, empfahl Unna und nach ihm noch mehrere andere Autoren die innerliche Darreichung von Chrysarobin, dessen günstiger Einfluss besonders bei weitausgedehnten pustulösen Ekzemen der Kinder auffallend sein soll. Es wird ein halbes bis ein einhalb Gramm pro die in geeigneter Mixtur verabreicht.

Verlag von

**Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien.**

---

# ARCHIV

für

# Dermatologie und Syphilis.

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

Unter Mitwirkung von

Prof M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Dr. BOECK, Prof. DOUTRELEPONT, Prof. DUHRING, Prof. EPSTEIN, Dr. FINGER, Dr. FREUND, Prof. GEBER, Dr. GRÜNFELD, Dr. GSCHIRHAKL. Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JARISCH, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Dr. KROWCZYNSKI, Prof. LANG, Dr. LASSAR, Prof. LELOIR, Dr. LESSER, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. LUSTGARTEN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHELSON, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

**Prof. Caspary,** Königsberg **Prof. Kaposi,** Wien **Prof. Lewin,** Berlin **Prof. Neisser** Breslau

herausgegeben von

**Prof. F. J. Pick in Prag.**

---

**Abonnementspreis für den Jahrgang (6 Hefte) 18 fl. = 30 Mark.**

---

Dieses **erste,** seit 22 Jahren erscheinende, die **Hautkrankheiten** und die **Syphilis** in ihrem ganzen Umfange behandelnde **deutsche** Blatt, welches sich durch seine hohe wissenschaftliche Bedeutung und nicht minder durch eine umfassende Wiedergabe aller werthvollen Leistungen der Weltliteratur auf den beiden Fachgebieten eine führende Rolle erworben hat, bietet nicht blos dem **Kliniker** und **Specialisten** ein wahres **Archiv** der **Dermatologie** und **Syphilidologie,** sondern auch dem **gebildeten Praktiker** durch die besondere Pflege, die es der **Therapie** widmet, die einzige Gelegenheit, sich mit jenen neueren Behandlungsmethoden vertraut zu machen, welche fern von allen marktschreierischen Anpreisungen einen reellen Werth besitzen und ihn vor Fehlern und Enttäuschungen bewahren.

R. Spies & Comp., Wien, V., Straussengasse 16.